Lane Medical Library

Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg i. Pr.

Ueber die Aetiologie der Blasenscheidenfistel.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Leo Mohr,

Königlicher Assistenzarzt im Feldartillerie-Regiment 72, Hochmeister.

Promotion:

Sonnabend den 13. Dezember 1902, 12 Uhr.

Königsberg i. Pr.

Druck von Hugo Jaeger, Köttelstrasse 19.

1902.

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät der Universität
Königsberg in Pr.
Referent: Professor Dr. Winter.

Meinem lieben Vater

in unwandelbarer Dankbarkeit

gewidmet.

Die Urogenitalfisteln der Frau bilden namentlich im Hinblick auf ihre Geschichte und Aetiologie eines der interessantesten Kapitel der Gynäkologie und Chirurgie. Erst gegen Ende des 16. Jahrhunderts finden sich die Urinfisteln ziemlich gleichzeitig bei mehreren Autoren erwähnt, sodass schwer zu sagen ist, wem die erste Erkenntnis des Leidens gebührt. Doch ist bei allen diesen Autoren das Hauptgewicht auf die Behandlung der Fistel gelegt.

Die ersten ausführlichen Berichte, die sich mit der Entstehung und den Ursachen dieses schweren Leidens beschäftigen, haben F. Winckel zum Autor. In seinem Werk „Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase" findet sich die erste, umfassende Zusammenstellung aller ätiologischen Momente, welche die Entstehung der Urinfisteln erklären.

Abgesehen von den malignen Neubildungen an den Genitalien, die verhältnismässig selten Gegenstand ärztlicher Behandlung werden, sind die meisten Fisteln, die in ärztliche Behandlung kommen, lediglich durch puerperale Vorgänge entstanden. Die übrigen, ausserhalb der Fortpflanzungsvorgänge entstandenen Urinfisteln des Weibes sind, im Vergleich zu diesen, ausserordentlich selten. Winkel teilt nun die Fisteln in puerperale und nichtpuerperale ein.

Unter den puerperalen Fisteln sollen dann diejenigen verstanden sein, die auf irgend eine Weise mit den Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettsvor-

gängen in causalem Zusammenhang stehen. Es ist dieses um so mehr einzusehen, als in diesen Zuständen die Wände der Scheide und Blase mehr aufgelockert, blutreicher, ihre Gefässe stärker dilatiert und die Venen oft ektatisch sind. Die Verschiebungen sind oft so beträchtlich, dass sie wie in Falten gelegt gegen irgend eine Stelle des Beckens an mehreren Stellen zu gleicher Zeit stark gequetscht werden können. Die auf diese Weise entstandenen Fisteln sind vorzugsweise spontan. Als ursächliches Moment für dieselben stellt Winkel Zerreissung des Mutterhalses und der Blasenscheidenwand durch den herabrückenden Kopf bei Rigidität und Narben jener Teile fest.

Ferner ist Durchquetschung bei Exostosen der Beckenwand, bei Blasensteinen u. s. w. zu nennen. Weiterhin kann die Entstehung herbeigeführt werden durch Zerfall der infolge von Druck bei der Geburt durch ein verengtes Becken nekrotischen Partieen oder aus gangränosen Geschwüren, die erst im Puerperium entstanden sind. Der Sitz solcher Defekte ist verschieden, je nachdem die Quetschung im Beckeneingang oder erst im kleinen Becken entstanden ist. Im letzteren Falle ist sie meist dicht hinter der Harnröhre im Blasengrunde, im ersteren hoch vor dem Scheidenteile. Prädisponiert wird die Entstehung durch zu harten, wenig konfigurabeln und zu grossen Kopf, Hydrocephalus, und durch ungünstige Einstellung desselben, z. B. durch Hängebauch. Bauchpresse und Uterusmuskulatur bewirken das Zerdrücken der Weichteile gegen verengte Stellen des Beckens. Auch durch Gesichtslage des Foetus werden öfters Urinfisteln bewirkt, indem von den scharfen Kanten des kindlichen Kiefers leicht ein gefährlicher Druck ausgeübt wird, zumal sich bei Gesichtslagen oft zugleich Beckenenge findet. Hecker will ausserdem eine Prädisposition zu stärkerer Quetschung

in einer ungewöhnlich hohen Schambeinsymphyse entdeckt haben.

Das gleichzeitige Zustandekommen mehrerer spontaner Fisteln ist teils durch Druckbrand verschiedener nacheinander gequetschter Stellen, teils durch gleichzeitige Quetschungen mehrerer Stellen, z. B. der hinteren Blasenwand am oberen Symphysenrand und in der Mitte derselben zu erklären. Auch können bei der Ulceration einer grösseren gequetschten Stelle in dem entstehenden Defekt eine oder mehrere Brücken bleiben, da selten alle gedrückten Partieen gleichmässig gequetscht sind. So können in einer Druckfistel mehrere Oeffnungen zustande kommen.

In Polen und Russland, wo sehr viele schwere Geburten bei Beckenenge ohne ärztliche Hilfe verschleppt verlaufen, kommen die spontan entstandenen Urinfisteln fast 3 mal so oft, wie solche nach operativ beendeten Geburten vor.

Ob die Geburt an und für sich die perniciöse Quetschung mit sich brachte, oder ob letztere durch die Art der Operation bewirkt wurde, kann nur dann entschieden werden, wenn in jedem Fall der Sitz, die Grösse, die Ränder der Fistel und deren Gestalt genau ermittelt werden. Das Vorhandensein von ausgedehnten Narben, Verwachsungen, Stenosen oder Atresieen der Scheide, besonders, wenn sie sich um die Stelle gruppieren, welche der Einwirkung der Zange am meisten ausgesetzt sind, wird für den schädlichen Effekt derselben sprechen.

Die violenten Fisteln können sub partu entstehen, ebensowohl durch instrumentelle, als manuelle Hilfe. Unter 65 Patientinnen mit diesem Leiden wurden 37 mit Hilfe der Zange, 7 mit dem Hebel, 12 mittels Cephalotoypsie, Craniotomie oder Embryotomie entbunden. 3 Mal wurde der Haken und 5 Mal die Wendung angewandt. Auch ein forciertes Catheterisieren

bei der Geburt kann von innen nach aussen die Blase durchbohren.

Von nicht puerperalen violenten Fisteln hat man die Entstehung infolge von Durchbohrungen mit der Steinsonde, dem Lithotryptor, ferner durch fremde Körper, namentlich Haarnadeln beobachtet. Ausserdem noch einen Fall auf spitze Gegenstände, nach Punktationen der Blase bei Urinretention oder bei beabsichtigter Punktion des Eierstockes pervaginam. Ferner ist die Blase verletzt worden bei der Amputatio colli, der Totalexstirpation, der Operation des Prolapsus uteri, dann auch bei der Ovariotomie und den Versuchen, eine verschlossene Scheide wegsam zu machen.

Unter den Krankheiten der Blase, welche zur Blasenscheidenfistel führen, ist der Steinbildung zu gedenken, ferner des chronischen, ulcerativen Blasenkatarrhs mit Divertikelbildung.

In seinem 1890 erschienenen Werk „Lehrbuch der Frauenkrankheiten" vertritt Winckel ungefähr denselben Standpunkt bezüglich der Entstehung der Blasenscheidenfisteln wie in der zuerst angegebenen Arbeit. In der Litteratur der letzten 10 Jahre finden wir nur vereinzelte Angaben, die sich auf die Aetiologie der Fisteln beziehen. Die letzte grössere Zusammenstellung aller in der Litteratur bekannten ursächlichen Momente giebt uns Fritsch in seiner Abhandlung „Krankheiten der weiblichen Blase", welche 1897 im Handbuch der Gynäkologie von Veit erschienen ist. Auch er kommt fast zu demselben Ergebnis wie Winckel. Fast alle Urogenitalfisteln sind die Folge von Geburtsverletzungen. Unter 200 Fisteln, welche Fritsch selbst operiert hat, befand sich nur eine infolge einer Beckenfraktur, alle anderen waren durch Geburten oder geburtshilfliche Handlungen veranlasst.

Traumatische Fisteln sind sehr selten, doch werden

Fälle aus der Litteratur erwähnt von direkten Verletzungen der Blasenscheidewand durch Auffallen auf einen Haufen Nägel, einen Pfahl oder rohes Katheterisieren. Ferner erwähnt Fritsch einen Fall von Fistelbildung, der durch Tragen eines schlechten Pessars veranlasst war.

Auch der kriminelle Abort wird als Ursache angeführt.

Ferner können bei gynäkologischen Operationen Blasenscheidenfisteln entstehen. Wenn z. B. bei einer Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus die Degeneration schon durch die Blasenwand bis in die Schleimhaut der Blase gelangt ist, so bleibt beim Abdrücken der Blase vom Uterus ein Stück Blase am Uterus hängen. Die fistulösen Kommunikationen im Bereiche eines Carcinoms werden unberücksichtigt gelassen, da sie kaum Gegenstand ärztlicher Behandlung werden.

Die Hauptsache bleibt die puerperale Fistel, die teils durch Handeln des Arztes als Verletzungsfistel, teils als Drukfistel durch Nichthandeln desselben entsteht.

Fritsch hält den Haken für das in dieser Beziehung gefährlichste Instrument. Er hat eine grosse Reihe von Fisteln operiert, die zweifellos durch Benutzung dieses Instruments entstanden sind. Allein er erwähnt auch Perforatorien, Kephalotryptor, Zangenlöffel, Knochensplitter, die alle gelegentlich zu Verletzungen der Harnblase geführt haben. Er spricht von einem Falle, wo das Perforatorium die Verletzung sicher gemacht hat und erklärt den Vorgang wie folgt:

„Es wollte ein Arzt in Seitenlage die Perforation des nachfolgenden Kopfes machen. Bei dieser Art der Operation schiebt sich allerdings die vordere Mutter-

mundslippe, resp. das vordere untere Uterinsegment über den ganzen Beckeneingang, ihn überdeckend, hinüber. Wenn man nun das scherenförmige Perforatorium gegen den vorliegenden Kopf nach oben führt und nicht sehr energisch die vordere Muttermundslippe mit der halben Hand zurückschiebt, so ist bei Hast und Ungeschick eine direkte Verletzung des Uterus, der Scheide, der darunter liegenden Blase möglich."

Das Hauptgewicht aber legt Fritsch und die gegenwärtige Anschauung auf die sogenannten Druckfisteln, die auf Nichtsthun und zögernde Eingriffe zurückgeführt werden. Den Prozentsatz der Fisteln, die violent durch Trauma oder Operation entstehen, hält er für verschwindend gegenüber denen, die durch Druckgangrän geschaffen werden. Er erklärt sie theoretisch in folgender Weise:

„Es handelt sich gewöhnlich um Primiparae, bei denen die Uterusruptur nicht zu fürchten ist, und deshalb eine exspektative Behandlung nach den herrschenden Anschauungen indiziert ist. Kann der Uterus seinen Inhalt nicht ausstossen, weil das Becken zu eng ist, so gleitet der Uterus, sich mehr und mehr bei starken Wehen verkleinernd, über den vorliegenden Teil des Kindes nach oben zurück. Der Uterus muss dann die Scheide nachziehen. Die vordere Muttermundslippe gelangt oberhalb der horizontalen Schambeinäste. Zwischen dem harten Kopfe des Kindes und dem nicht minder harten Beckenknochen befindet sich stundenlang, vielleicht tagelang eine Stelle der Scheide. Sie ist schon wegen der starken Auszerrung dünn und anämisch. Drückt nun noch der Kopf die verdünnte Scheide gegen das Becken, so wird in der gedrückten Scheidenstelle Blut kaum in die Gefässe fliessen können. Fehlt aber das Blut

lange Zeit, so wird das betreffende Stück selbstverständlich nekrotisch."

Wir wissen, dass ein einmaliger starker Druck, der das Blut von der Zirkulation im gedrückten Stück momentan völlig fern hält, dann ungefährlich ist, wenn der Druck bald aufhört, so dass das Blut wieder einströmen kann. Colmheim hat es ja durch künstliche Ischaemie bewiesen, dass das Leben voll zurückkehrt, wenn man das Blut bald wieder in die Gefässe einströmen lässt. Wird aber das Blut von dem gedrückten Stück der ausgezerrten, anämischen Scheide stunden- ja tagelang ferngehalten, so stirbt das gedrückte Stück ab und gangränesziert dann. Dazu gehört Zeit, so dass also erst nach Tagen die Erweichung soweit vorgeschritten ist, dass das Stück ausfällt und das Loch entsteht. Das schnelle Eingreifen des Arztes ist demnach das beste Vorbeugungsmittel der Fisteln.

Fritsch sagt geradezu, dass in den Gegenden, in welchen die meisten geburtshilflichen Operationen gemacht werden, die wenigsten Fisteln gefunden werden und umgekehrt.

In ungefähr derselben Weise spricht sich auch Plassmann in seiner Arbeit über Urogenitalfisteln aus der Olshausenschen Klinik-Berlin 1898 aus. Er verfügt über ein Material von 41 Fällen und verlegt die Entstehung der Fisteln bei 30 Frauen in das Wochenbett. Er führt aus, dass bezüglich dieser Puerperalfisteln die Entstehung in den meisten Fällen dem Druck zuzuschreiben ist, welchem bei langdauernden Geburten die zwischen dem kindlichen Kopfe und dem mütterlichen Becken eingeklemmten Weichteile ausgesetzt sind.

Plassmann sagt zwar, dass bei seinen 30 Wochenbettsfisteln 24mal operiert worden ist, und zwar 12mal Zange, 3mal Perforation, 2mal nach vergeblichem Zangenversuch perforiert, 1mal nach vergeblichem

Zangenversuch gewendet; 2mal war erst die Zange, dann die Wendung versucht und schliesslich perforiert worden. In einem Falle war die Nachgeburt manuell gelöst worden.

Demnach muss es auf den ersten Blick den Eindruck machen, als wenn die geburtshilflichen Operationen die Schuld an dem Entstehen der Fisteln trügen, wie man ja auch früher namentlich die Zange dafür verantwortlich gemacht hat. Bei 4 Fällen, wo sofort nach der Geburt Incontinenz auftrat (2 Zangen, 1 Perforation und einer von der Hebeamme ausgeführten frühzeitigen Extraction) wird man dieses als wahrscheinlich zugeben müssen. In den anderen Fällen aber, wo nach 4 Tagen bis 3 Wochen die Incontinenz auftrat, muss man die lange Geburtsdauer als Ursache annehmen.

Die Litteratur der letzten 3 Jahre beschäftigt sich hauptsächlich mit der Therapie der Blasenscheidenfisteln und bietet bezüglich ihrer Entstehungsweise keine neuen Momente, als die bereits erwähnten. Demnach können wir den Standpunkt der jetzt herrschenden Anschauung hinsichtlich der Aetiologie der Blasenscheidenfistel dahin zusammen fassen, dass wir die Fisteln ihrer Entstehung nach in zwei grosse Gruppen teilen, die puerperalen und nicht puerperalen Blasenscheidenfisteln.

Die nicht puerperalen Fisteln sind stets violente, durch ein Trauma entstandene und im allgemeinen äusserst selten. Die grösste Zahl stellen jedoch die Geburtsfisteln, welche spontan und violent sein können.

Das Hauptgewicht aber wird, wie aus unserer Zusammenstellung ersichtlich ist, von allen Autoren auf die spontan entstandenen Geburtsfisteln, die sogenannten Druckfisteln, gelegt, während den violent durch manuelle oder instumentelle Hilfe entstandenen Geburtsfisteln ein viel geringer Platz eingeräumt wird.

Nach dem Studium der Journale der gynäkologischen Station der Königsberger Universitäts-Frauen-Klinik vom Oktober 1897 bis April 1902, welche mir von Herrn Professor Dr. Winter in gütigster Weise zur Verfügung gestellt worden sind, scheint es, als ob man insofern zu einem anderen Resultat gelangt, als den durch geburtshilfliche Operationen entstandenen Fisteln ein weit grösserer Prozentsatz zugestanden werden muss. Es wird diese Anschauung auch, wie wir sehen werden, durch die Litteratur der letzten 15 Jahre durch mannigfache Fälle unterstützt.

Als neues ätiologisches Moment kommt ausserdem die Anwendung der illegalen Hilfe hinzu, welche, wie aus unserem nachfolgenden Material hervorgeht, einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entstehung dieses Leidens ausübt. Bevor ich also in eine nähere Besprechung eintrete, will ich die hierauf bezüglichen Krankengeechichten folgen lassen.

Jahrgang 1897.

Fall 1. J.-No. 488. Johanna H. aus Laptau, Kr. Königsberg.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Patientin ist IV. para. Alle Geburten waren schwer, doch ohne Kunsthilfe. Das dritte Kind ist bei der Geburt erstickt. Der letzte Partus wird in der Klinik durch Perforation des lebenden Kindes beendigt. Gemäss Journal der geburtshilflichen Station 1897 No. 300 war der Geburtsverlauf folgender:

Es bestand enges Becken und vordere Scheitelbeinstellung. Gravide kommt 6 Uhr morgens in die Klinik, nachdem 6 Stunden vorher die Extraktion des Kindes mit dem Forceps vergeblich versucht war. Der Urin ist stark blutig verfärbt. Temperatur 37,5. Das

Becken imponiert bei der Untersuchung als allgemein verengtes, plattes Becken. Bei der Aufnahme ist der Kontraktionsring unmittelbar unterhalb des Nabels deutlich ausgeprägt. Die Wehen sind recht stark. Der Puls ist klein und frequent (156). Es besteht starke Blutbeimischung zum Urin und starkes Oedem der äusseren Genitalien. Es wird demnach wegen drohender Uterusruptur zur Beendigung der Geburt geschritten. Mittels des Naegele'schen Perforatorium wird in dem vorliegenden Scheitelbein ohne Schwierigkeiten eine Oeffnung angelegt und das Gehirn mit dem Katheter ausgespült. Die Anlegung des Kranioklasten geschieht in der Weise, dass die gefensterte Seite in die rechte Seite der Mutter zu liegen kommt. Es lässt sich dann der Kopf ohne Mühe ins Becken ziehen und entwickeln. Der übrige Teil des Kindes wird leicht herausgebracht. Das Wochenbett verläuft in den ersten Tagen normal. Nach 14 Tagen zeigt sich eine ödematöse Schwellung des rechten Beines infolge phlebo-thrombot. Vorgänge. Gleichzeitig wird bemerkt, dass die Wöchnerin zeitweise nass liegt. Noch 2 Tage später fliesst der Urin vollständig durch die Vagina ab. Patientin wird daher auf die gynäkologische Station verlegt.

Status präsens: Das rechte Bein ist etwas geschwollen. Die Austrittsstelle des Ischiadicus aus dem Becken ist druckempfindlich. Bewegungen im Knie und Fussgelenk sind sehr schmerzhaft. — Die Vagina ist nur für 2 Finger mit Mühe durchgängig und durch Narben der vorderen Wand und des Scheidengewölbes stark verengt. Links, von der Portio 2 cm entfernt, findet sich eine Blasenscheidenfistel, die so gross ist, dass man die Fingerkuppe hineinbringen kann.

Patientin wird nach 2monatlicher Behandlung und einmaliger Operation wegen sept. Veränderungen am Knie auf die sept. Station verlegt. Die Untersuchung ergiebt hier ausser der phlebo-thrombot. Veränderung am rechten Bein und Knie in der vorderen Vaginalwand ein Zweimarkstück grosses Loch. Wegen des schlechten Körperzustandes wird von einer Operation abgesehen. Unter roborierender Diät wird sie nach 6wöchentlicher Behandlung nach der chirurgischen Klinik verlegt.

Epikrise zu Fall 1: In diesem Fall ist bei verengtem, plattem Becken und Vorderscheitelbeineinstellung die Geburt durch Perforation in der Klinik beendigt worden, nachdem von aussen Zangenversuche stattgefunden hatten. Die Entstehung der Fistel, deren Vorhandensein in den ersten Tagen wegen starker Anschwellung des Genitalkanals unbemerkt blieb, ist wohl ziemlich sicher wegen ihrer Grösse, Lage in der vorderen Scheidenwand und wegen der vorhandenen ausgedehnten Narben, die auf einen gewaltsamen, instrumentellen Eingriff schliessen lassen, den stattgehabten Zangenversuchen zuzuschreiben.

Fall 2. J.-No. 492. Caroline B . . . aus Osterode. 31 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Descens. vaginae posterior.

Anamnese: Patientin ist V. para. Die früheren Geburten sind besonders schwer gewesen. Bei der letzten Geburt erfolgte die Ausstossung des Kindes spontan 5 Stunden nach dem Blasensprung. Kurz nach der Geburt merkt Patientin, dass der Urin per vaginam unwillkürlich abfliesst.

Die von der Hebeamme mehrfach vorgenommenen Untersuchungen sollen sehr schmerzhaft gewesen sein.

Status praesens: Vagina mässig weit, Portio kurz. Aus dem Introitus reicht ein Stück Vaginalwand hervor. Vor dem Rande der vorderen Muttermundslippe ist ein für einen Finger durchgängiges Loch, das in die Blase führt.

Da die Fistel sich während des Aufenthaltes in der Klinik verkleinert, wird Patientin mit der Weisung entlassen, sich nach 3 Monaten wieder vorzustellen.

Epikrise zu Fall 2: Hier ist die Geburt spontan erfolgt und zwar bereits 5 Stunden nach dem Blasensprung. Von einer protahierten Geburt kann kaum die Rede sein. Andrerseits deutet die Lage und Grösse der Fistel und der sofortige Abfluss des Harns auf eine gewaltsame Entstehung derselben, so dass den von der Hebeamme mehrfach vorgenommenen schmerzhaften Untersuchungen wohl die Entstehungsursache der Fistel zuzumessen ist.

Fall 3. J.-Nr. 525. Ottilie P. aus Nilken (Loetzen) 36 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis Ruptura perinei.

Anamnese: VIII. para. Die früheren Geburten waren angeblich normal. Die letzte war sehr schwer und hat zwei Tage nach dem Blasensprung gedauert. Tote Frucht. Sofort nach der Geburt konnte Patientin den Urin nicht halten, angeblich auch den flüssigen Stuhlgang nicht.

Von der Hebeamme ist bei dieser Geburt das Durchtreten des Kindes durch starkes Ziehen am Kopf und Drücken auf den Unterleib der Mutter beschleunigt worden.

Status praesens: Vagina weit. Alte Dammrisse. Etwa 3—4 cm vom Introitus entfernt findet man in der vorderen Vaginalwand eine Oeffnung, durch

welche die Fingerkuppe in die Blase eindringt. Dieselbe reicht nach links bis nahe an die Beckenwand heran und ist dort durch einen festen Narbenstrang fixiert. Nach wiederholter Operation wird die Patientin geheilt entlassen.

Epikrise zu Fall 3: In diesem Fall ist der Geburtsverlauf ein protrahierter gewesen (2 Tage nach dem Blasensprung) und ist von der Hebeamme durch Ziehen am kindlichen Kopfe und Drücken auf den Unterleib der Mutter beendigt worden. Wenngleich der protrahierte Geburtsverlauf nicht ohne Einfluss auf die Entstehung der Fistel gewesen ist, so kann die Hauptursache für ihre Entstehung wegen der Lage der Fistel in der vorderen Scheidenwand, Grösse und Narbenbildung in der Scheide doch den gewaltsamen Eingriffen der Hebeamme zugeschrieben werden.

Fall 4. J.-Nr. 544. Heinriette B. aus Gonopken (Loetzen) 37 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Narbige Veränderung der Scheide. Laceratio cervicis. Pemphigus.

Anamnese: III. para. Die Geburten waren alle sehr schwer. Kinder sämtlich tot geboren. Die letzte Geburt dauerte 24 Stunden nach dem Blasensprung, ging aber schliesslich doch spontan zu Ende, ehe ärztliche Hilfe eintraf. Gleich nach der Geburt ging der Urin spontan ab.

Status praesens: Introitus der vagina mässig weit. In der vorderen Scheidenwand findet sich ein gut Markstück grosses Loch, das unmittelbar hinter dem Sphincter beginnt und an der vorderen Muttermundslippe endigt. Durch die Fistel prolabiert ein Stück Blasenschleimhaut. Patientin wird wegen des bestehenden Pemphigus und des stark riechenden Urins auf die sept. Station verlegt. Dieselbe wird zur besseren Be-

handlung durch ein permanentes Wasserbad nach der chirurgischen Klinik überführt.

Epikrise zu Fall 4: In diesem Fall ist die Geburt spontan verlaufen, hat aber 24 Stunden nach dem Blasensprung gedauert. Angaben von irgend welchen Eingriffen fehlen, auch sind keine Verletzungen in den Genitalien nachweisbar. Mithin ist die Fistel als eine Druckfistel infolge langer Geburtsdauer aufzufassen.

Fall 5. J.-Nr. 583. Maria G. aus Girnen (Gumbinnen) 39 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-cervicalis.

Anamnese: IIIpara. Die beiden ersten Geburten sind normal. Die letzte war sehr schwer und musste durch Perforation beendigt werden. Das Kind war sehr gross. Gleich nach der Geburt Drang zum Urinlassen; nach 8 Tagen völlige Inkontinenz.

Status praesens: Es findet sich eine oberhalb des äusseren Muttermundes gelegene Oeffnung, die durch Einführen einer Sonde festgestellt werden kann. Dieselbe dringt in die Blase ein, wie durch eine zweite durch die Urethra eingeführte Sonde gezeigt wird. Durch einmalige Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 5: In diesem Falle ist die Geburt durch Perforation des sehr grossen Kindes beendigt worden. Nähere Angaben über die Geburtsdauer fehlen. Die Kleinheit der Fistel (für Sonde durchgängig) und ihre Lage — oberhalb des äusseren Muttermundes — lassen jedoch eher die Entstehung als Druckfistel, wie als Folge der Perforation annehmen.

Jahrgang 1898.

Fall 6. J.-No. 26. Anna S .... aus Königsberg. 30 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis und urethro-vaginalis.

Anamnese: Patientin ist schon 1897 in hiesiger Klinik operiert worden. Sie hat 8mal geboren. Die letzten beiden Geburten sind mit Kunsthilfe, deren Art jedoch nicht zu ermitteln ist, beendigt worden. Die Zange soll nicht angelegt sein. Gleich nach der Geburt ist der Urin unwillkürlich abgeflossen. Die erste Operation heilte nur das Loch in der Blase. Der Status praesens war damals folgender: Introitus klaffte infolge eines Dammrisses, der bis zum Sphincter geht. In der Mitte der vorderen Vaginalwand befindet sich ein scharfrandiges Loch, welches bequem für den Zeigefinger durchgäugig ist und in die Blase führt. Im Spiegel wölbt sich aus dieser Oeffnung die rote Blasenschleimhaut hervor. Durch die Operation wurde nur das Loch in der Blase geheilt; es blieb nahe der Urethralöffnung eine gut für die Uterussonde durchgängige Kommunikation zwischen Urethra und Vagina zurück.

Patientin bietet jetzt folgenden Befund.

Status präsens: Die in die Urethra eingeführte Sonde zeigt zwei gut durchgängige Kommunikationen mit der Vagina, die eine $1^1/_2$ cm von der Harnröhrenmündung, die andere vor der vorderen Muttermundslippe unmittelbar. Patientin wird nach fünfmaliger Operation teilweise gebessert. Bei starken Hustenstössen wird immer noch Urin entleert.

Epikrise zu Fall 6: Hier ist die Art der angewandten Kunsthilfe nicht zu ermitteln. Doch lassen der plötzliche Harnabfluss gleich nach der Geburt, die Grösse der Fistel und Gestalt derselben, sowie die vorhandenen Narbenbildungen in der Scheide auf eine violente Entstehungsweise schliessen.

Fall 7. J.-No. 124. Barbara M . . . . . aus Lapkasis (Kowno, Russland), 27 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: III. para. Die beiden ersten Part. waren normal, der III. Part. sehr schwer. Angeblich soll Armvorfall und Querlage bestanden haben. Ein Arzt versuchte die Wendung zu machen. Als ihm dieses nicht gelang, weil er, wie er sagte, eine zu grosse Hand hätte, übertrug er die Beendigung der Geburt einer anwesenden Frau, keiner Hebeamme, welcher die Wendung zwar auch nicht gelang, die aber schliesslich doch das inzwischen abgestorbene Kind am Arme vorgezerrt hat.

14 Tage nach diesem Part. stellte sich unwillkürlich Urinabfluss per vaginam ein.

Status präsens: In der vorderen Vaginalwand befindet sich ein Loch, das bequem für einen Finger durchgängig ist. Es beginnt 3—4 cm hinter der Harnröhrenmündung und endigt am äusseren Muttermund. Vor der Portio zieht eine Narbe in das hintere Scheidengewölbe.

Epikrise zu Fall 7: In diesem Fall haben die Eingriffe der Geburtshelfer ohne Zweifel zur Entstehung der Fistel geführt, was durch ihre Grösse, Lage und Narbenbildung in der Scheide bestätigt wird.

Fall 8. J.-No. 137. Julie W . . . . . aus Gilgodischken (Sulwacki), 34 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: II. para. Die erste Geburt war normal, bei der zweiten ist der Forceps angelegt worden. Das Kind war tot. Sofort nach der Entbindung ist Urin und Stuhlgang aus der Scheide abgeflossen. Nach der Geburt ist Patientin genäht worden.

Status praesens: In der Vagina befindet sich ein Loch, für den Finger gut durchgängig, durch das man direkt in die Blase gelangt. Dieser Oeffnung

gegenüber ist ein zweites Loch, das in das Rectum führt. Im Speculum sieht man aus beiden Oeffnungen Blasen- und Rectalschleimhaut sich hervorwölben.

Völlige Heilung mit guter Kontinenz.

Epikrise zu Fall 8: Die Grösse der Fistel und das gleichzeitige Vorhandensein einer Recto-vaginalfistel macht die Entstehung durch das Anlegen des Forceps sehr wahrscheinlich. Auch ist die Fistel sofort nach der Geburt bemerkt worden.

Fall 9. J.-No. 200. Gitta Kr..... aus Midnitz, Russland. 37 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: VII. para. Die ersten Geburten sollen normal gewesen sein, die letzte ausserordentlich schwer. Sie soll 8 Tage gedauert haben und mit dem Forceps beendigt sein. Gleich nach der Geburt bemerkte Patientin, dass der Urin spontan durch die Scheide abfloss.

Status praesens: Portio, infolge eines Risses, der dieselbe von vorn nach hinten durchsetzt, verflacht. Links davon befindet sich eine für die Fingerkuppe zugängliche Oeffnung, die in die Blase führt. Nach der Operation guter Wundverlauf und Heilung.

Epikrise zu Fall 9: In diesem Fall lässt sich schwer entscheiden, ob die protrahierte Geburt oder der Forceps die Fistel verursacht hat, wenngleich die Scheidenzerreissungen und die Grösse der Fistel auch auf eine violente Entstehungsweise hindeuten.

Fall 10. J.-No. 321. Katharina D.... aus Krakau. 47 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: XI. para. Patientin hat angeblich 10 normale Geburten durchgemacht. Die letzte Geburt, die 36 Stunden dauerte, ist durch Perforation

des sehr grossen Kindes beendigt worden. Gleich nach der Geburt hat Urinabfluss stattgefunden. Nach drei Wochen soll die Hebeamme ein Pessar angelegt haben.

Status praesens: In der Mitte der vorderen Vaginalwand befindet sich eine Oeffnung für 2 Finger durchgängig, die in die Blase führt. Portio zeigt einen tiefen Riss. Durch Operation teilweise Heilung. Patientin wird nach 3 Monaten wieder bestellt.

Epikrise zu Fall 10: Auch hier lässt sich schwer entscheiden, ob die protrahierte Geburt oder die Perforation die Fistel verursacht hat. Dennoch machen die Grösse der Fisteln und die Genitalverletzungen eine violente Entstehungsweise sehr wahrscheinlich.

Fall 11. J.-No. 369. Auguste J.... aus Nückelshagen, Kreis Mohrungen. 30 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: III. para. Die beiden ersten Geburten waren normal; die letzte sehr schwer. Dieselbe musste mit dem Forceps, der zweimal angelegt worden ist, beendigt werden. Der erste Versuch des Arztes am Tage vorher missglückte nach $^1/_2$ stündigen Bemühungen. Am folgenden Tage zeigte sich bereits Urinabfluss.

Status praesens: In der vorderen Vaginalwand ist ein für 2 Finger gut durchgängiges Loch, das in die Blase führt, Nach links hinten eine ziemlich tiefe Ruptur, die bis in den Cervix geht. Durch Operation wird gute Heilung erzielt.

Epikrise zu Fall 11: In diesem Falle ist die violente Entstehungsweise der Fistel aus den wiederholten Forceps-Versuchen, der Grösse des Defektes und den ausgedehnten Verletzungen der Genitalien klar ersichtlich.

Fall 12. J.-No. 439. Cornelie T.... aus Kaminks, Russland. 24 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: II. para. Die erste Geburt vor drei Jahren soll 5 Tage gedauert haben! Das Kind war tot. Es soll von alten Weibern, die zugegen waren, extrahiert sein. Gleich darauf trat dauernder spontaner Abfluss von Urin ein. Ein Jahr darauf Abort. mens. VII.

Status praesens: Patientin ist im 5. Monat gravid. In dem vorderen Vaginalgewölbe, dicht hinter der Symphyse befindet sich eine für die Fingerkuppe zugängliche Oeffnung aus der dauernd Urin abfliesst. Patientin wird mit der Weisung entlassen, sich nach dem Part. zur Operation zu stellen.

Epikrise zu Fall 12: Hier ist die Entsehung der Fistel durch Anwendung illegaler Hilfe klar ersichtlich.

Fall 13. J.-Nr. 545. Alwine B..... aus Elbing. 42 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Rechter Cervix-Riss.

Anamnese: VII. para. Die erste Geburt ist durch Zange beendigt. Die übrigen sechs normal, davon die letzte sehr schwer. Im 8. Monat stellten sich starke Blutungen ein. Placenta praevia. Es wurde Wendung des toten Kindes in Narkose gemacht. Nach der Geburt sofort Urinabfluss per vaginam. Die enstandenen Fisteln sind in Elbing durch den Hausarzt genäht worden. Die Nähte sollen aufgegangen sein.

Status präsens: Aus dem Introitus rieselt dauernd Urin. 2 cm unterhalb des orificium extern. befindet sich eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung in Mitten einer querverlaufenden Narbe, durch welche sich bei Atembewegungen Urin im Strahle entleert. Portio

zeigt rechts hinten einen tiefen Cervix-Riss. Durch Operation wird völlige Heilung erzielt.

Epikrise zu Fall 13: Die in der Narkose ausgeführte Wendung des toten Kindes macht die Entstehung der Fistel sehr wahrscheinlich, was durch die vorhandenen Cervix-Risse bestätigt wird.

Fall 14. J.-Nr. 605. Johanna L . . . . . aus Drangschitten (Pr. Eylau). 39 Jahre alt.

Diagnose: Urethro-cervical-Fistel.

Anamnese: Patientin ist VIII. para. Die ersten 7 Geburten normal, die letzte Gemelli. Wegen Querlage des zweiten Zwillings wird Wendung in Narkose durch einen Arzt gemacht. Nach der Geburt starke Blutung, daher manuelle Placentarlösnng. Noch an demselben Tage beständiger Urinabfluss. Doch wird auch etwas Urin per vias naturales entleert.

Status präsens: Portio am rechten Parametrium tief eingerissen. Uterus durch die Narbe in seiner Beweglichkeit beschränkt. Im rechten oberen Winkel entleert sich in Absätzen Urin. Die Milchprobe ergiebt, dass sich aus der Fistel klarer Urin entleert. Die darauf hin angestellte cystoskop. Untersuchung zeigt rechts ungefähr in der Höhe der Uretherenmündung eine kleine spaltförmige Oeffnung. Links normaler Befund. Es wird bei der Patientin die Laparatomie gemacht, und da sich der abgeschnittene Urether zu kurz erweist, um an die Blase genäht zu werden, extirp. renis dextr. angeschlossen. Völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 14: Es kann die Entstehung der Fistel nur auf den geburtshilflichen Eingriff zurückgeführt werden.

Fall 15. J.-Nr. 640. Minna S . . . . . aus Wistytten (Russland). 34 Jahre alt.

Diagnose: Vesico-cervical-Fistel.

Anamnese: V. para. Vor 7 Wochen war die letzte Geburt. Dieselbe ist schwer gewesen. Vermutungsweise kann man aus den Angaben der Schwester annehmen, dass eine Querlage mit Vorfall beider Arme bestanden hat. Das Kind ist perforiert und extrahiert worden. Nach 14 Tagen Jncontinentia urinae. Die Angaben über die in diesem Falle geleistete Kunsthilfe sind nur, wie schon eben gesagt, vermutungsweise aufzunehmen, da die Schwester der Patientin nur unvollkommene Beschreibung geben kann. Das Kind soll nach ihrer Angabe mit Instrumenten getötet und extrahiert worden sein.

Status praesens: Portio zeigt an der vorderen Muttermundslippe einen tiefen Riss. Neben diesem findet sich eine gut erbsengrosse Oeffnung, aus der beständig Urin abfliesst. Milchprobe positiv. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 15: Es sind genauere Angaben über die bei der Geburt geleistete Kunsthilfe nicht zu ermitteln, doch ist aus den Verletzungen der Scheide die Entstehung sicher auf einen geburtshilflichen Eingriff zurückzuführen.

Jahrgang 1899.

Fall 16. J.-No. 32. Charlotte W .... aus Gr. Nappern-Osterode. 35 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: V. para. Die dritte und die letzte Geburt wurden durch Zange beendigt. Kind tot. 14 Tage nach der Entbindung Urinabfluss. Anfangs sehr stark, später bedeutend weniger, nur im Sitzen und Liegen.

Status praesens: Die vordere Muttermundslippe fehlt an der Portio vollständig. Nach links wird die

Portio durch einen grossen Riss durchsetzt. Die Cystoskopie ergiebt links im Blasengrunde eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung in der Blasenwand. Milchprobe positiv. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 16: Die kleine Fistel kann event. wegen ihres späten Auftretens als Druckfistel aufgefasst werden, trotzdem die Verletzungen der Portio eine violente Entstehungsweise sehr wahrscheinlich machen.

Fall 17. J.-No. 75. Amalie H .... aus Rastenburg. 46 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: V. para. Die erste Geburt vor 25 Jahren soll sehr schwer gewesen sein und 4 Tage gedauert haben. Ein Arzt hat versucht, zweimal die Zange anzulegen und zwar in einem Zwischenraum von 1—2 Stunden ohne Erfolg. Die übrigen Partus normal, einmal gemelli. 14 Tage nach der ersten Geburt während des Stehens und Gehens beständiger Urinabfluss. Vor 7 Jahren ist der Patientin ein Blasenstein per urethram entfernt worden.

Status praesens: Portio zeigt einen tiefen Einriss, der auch in das Vaginalgewölbe übergeht. Bei der Milchprobe entleert sich ein starker Strahl aus dem oberen Winkel dieses Risses. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrisezu Fall 17: Indiesem Falle ist die Fistel ohne Zweifel durch den wiederholten Zangenversuch entstanden, wofür auch die Verletzungen der Portio sprechen.

Fall 18. J.-No. 128. Christine N .... aus Sawacki-Russland. 30 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Narbe einer Kolpokleisis.

Anamnese: II. para. Erste Geburt spontan, sehr grosses Kind. Die zweite Geburt durch Perforation und Zerstückelung des Kindes beendigt. Seit der letzten Geburt spontaner Urinabfluss. Wegen dieses Leidens ist vor einem Jahr in Warschau Kolpokleisis gemacht worden, jedoch ohne Erfolg.

Status praesens: Aeussere Genitalien sind mit starkem Ekzem versehen. An Stelle der Scheide ein 6 cm tiefer Blindsack, der durch querlaufende Narbe geschlossen ist (Kolpokleisis). Rechts in der Narbe befindet sich eine erbsengrosse Fistel, durch welche die Sonde in die Blase vordringt. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 18: Es lässt sich wohl mit ziemlicher Bestimmtheit annehmen, dass die geburtshilfliche Operation bei der letzten Geburt die Fistel herbeigeführt hat.

Fall 19, J.-No. 129. Marie J. aus Schwintenen. 39 Jahre alt.

Diagnose: Prolapsus vesicae per fistulam vesico-vaginalem permagnam. Nephritis.

Anamnese: VIII. para. Bei der 3., 7. und 8. Geburt ist Kunsthilfe nötig gewesen. Die dritte und letzte Geburt wurde durch Forceps, die siebente durch Wendung und Extraktion beendigt. Nach der dritten Geburt (Zange) stellte sich starkes Harnträufeln ein. Sie wurde damals nach Operation in hiesiger Klinik gesund entlassen. Nach der letzten Geburt wiederum Urinabfluss (Zange).

Status praesens: Starkes Ekzem der Vulva. Aus der Vulva wölbt sich ein hühnereigrosser Tumor, der aus der prolabierten vorderen Blasenwand besteht,

die durch eine etwa fünfmarkstückgrosse Fistel hervorgedrängt wird. Durch Operation völlige Kontinenz.

Epikrise zu Fall 19. In diesem Fall ist der angewendete Forceps nach der dritten Geburt zweifellos als Ursache für die Fistel anzusehen.

Fall 20. J.-No. 133. Daniela S . . . . aus Polend-Russland. 32 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Von stattgehabten Geburten ist nichts festzustellen, da Patientin nur litauisch spricht. Doch erfährt man, dass sie vor $^1/_2$ Jahr einen Abort gehabt hat, zu dessen manueller Ausräumung ärztliche Hilfe nötig gewesen ist. Sofort nach dieser Operation ist Urin abgeflossen.

Status praesens: An den Genitalien und Anus starkes Ekzem. In der vorderen Vaginalwand befindet sich ein ca. dreimarkstückgrosses Loch, durch das die vordere Blasenwand prolabiert. Nach der Operation trat Collaps ein und exitus letalis.

Das Sektionsprotokoll ergiebt: Nach Herausnahme der Beckenorgane zeigt sich, dass von der Blase der ganze Halsteil fehlt und ein $2^1/_2$ cm langer Teil der Harnröhre am unteren Rande des Defektes liegt. Ränder des Blasendefektes und der Urethra blutig, zum Teil von gelblich-grauer Gewebsmasse überlagert.

Anatomische Diagnose: Umfangreiche Blasenscheidenfistel und Zerstörung des ganzen Blasenhalses. Operation. Scheidendefect. Diphtherie der Wundränder. Peritonitis diffusa. Pyelitis et Urethritis.

Epikrise zu Fall 20: Aus der Grösse und Lage, sowie dem sofortigen Harnabfluss ist die Entstehung der Fistel auf den geburtshilflichen Akt zurückzuführen.

Fall 21. J.-No. 162. Marie P.... aus Friedrichsort. 41 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Prolapsus uteri et vaginae totalis. Carcinoma uteri et vaginae.

Anamnese: I. para. Vor 6 Jahren normale Geburt. Vier Tage nach derselben hat Patientin schwer gearbeitet; seitdem Schmerzen und Senkungsbeschwerden. Sie begab sich schon damals in die hiesige Klinik und es wurde bei ihr wegen Prolapsus uteri totalis. und carcinoma uteri die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen. Einen Monat später zeigte sich, dass die Perineoplastikwunde nicht vollständig granuliert war. Ausserdem zeigt sich eine fingergrosse Communikation zwischen Blase und vagina. Patientin wurde nach der gynaekologischen Station verlegt.

Status praesens: In der Mitte der trichterförmigen Kolpokleisis-Narbe befindet sich eine erbsengrosse Fistel, aus der sich der gesamte Urin entleert. Patientin wird durch Operation völlig geheilt.

Epikrise zu Fall 21: Auch hier ist die Entstehung der Fistel sicher auf die gynaekologische Operation zurückzuführen.

Fall 22. J.-Nr. 195. Mulka S.... aus Wilna 44 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: IV. para. Patientin hat 4 normale Geburten gehabt. Seit dem ersten Partus (1881) stellte sich unwillkürlicher Abfluss des Urins ein. Die Geburt soll ungewöhnlich lange gedauert haben. — Nähere Angabeu sind nicht zu erlangen. Durch Operation in hiesiger Klinik wurde sie damals geheilt. Nach der 3. Geburt stellte sich wieder Inkontinenz ein. Es wurde eine abermalige Operation in der chirurgischen Klinik gemacht, jedoch wurde eine vollständige Heilung

dadurch nicht erzielt. Patientin hat indessen nur während der Arbeit und Bewegung Inkontinenz.

Status praesens: 1 cm vom äusseren Muttermund entfernt findet sich eine gerade, für die feinste Sonde durchgängige Fistel, aus der klarer Urin abfliesst. Patientin wird jetzt durch Operation vollständig geheilt.

Epikrise zu Fall 22: In diesem Falle ist die vorhandene kleine Fistel als Druckfistel aufzufassen.

Fall 23. J.-Nr. 262. Petronella L . . . . aus Gilgodischken, 35 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: V.para. Die erste Geburt war normal. Bei der zweiten soll von einem Feldscheer die Frucht durch Abschneiden der beiden Arme und Trennung des Oberkörpers vom Unterkörper entfernt sein. Als Patientin nach 3 Monaten aufstand, bemerkte sie unwillkürlichen Urinabfluss.

Status praesens: Ekzem der Oberschenkel und Genitalien. Eine tiefe Narbe im vorderen Scheidengewölbe, die fast bis an die Vulva geht. Portio zeigt links einen tiefen Einriss und lange Narbe Am Ende derselben ist eine für Finger durchgängige Blasenscheidenfistel. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 23: Die Fistel ist ohne Zweifel auf den geburtshilflichen Eingriff zurückzuführen, wofür die ausgedehnten Verletzungen der Genitalien sprechen.

Fall 24. J.-Nr. 273. Luise K . . . . . aus Pillkallen, 39 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: VIII.para. Die ersten 7 Geburten normal, die letzte im Mai 1899 musste mit Kunsthilfe beendigt werden. — Querlage mit Vorfall des linken

Arms. Kind tot. Es wurde in Narkose Wendung und Extraktion gemacht. Vorher hatte die Hebeamme mehrfach versucht den vorgefallenen Arm zurückzuschieben. Gleich darauf stellte sich unwillkürlicher Urinabfluss ein.

Status praesens: Uterus dextrovertiert. Vordere Muttermundlippe fehlt gänzlich. In der vorderen Vaginalwand befindet sich eine für die Fingerkuppe durchgängige Fistel, die nirgends adhärent ist.

Patientin verlässt gegen den Willen des Arztes die Klinik.

Epikrise zu Fall 24: In diesem Falle lässt sich nicht ohne weiteres entscheiden, ob die geburtshilfliche Operation oder die Manipulation der Hebeamme die Fistel versucht hat. Jedenfalls ist eine violente Entstehungsweise während der letzten Geburt sicher anzunehmen.

Fall 25. J.-N. 276: Karoline B.... aus Radzan Kreis Widlimen. 39 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: XI. para. Patientin hat 2 Aborte, sonst normele Geburten gehabt. Die letzte Geburt wurde durch Forceps beendigt, 30 Stunden nach dem Blasensprung. 2 Tage darauf Urinabfluss. Der Zustand besteht beneits 4 Jahre.

Status praesens: In der Mitte der vorderen Vaginalwand befindet sich eine bequem für den Finger durchgängige Vesiovaginalfistel, deren Ränder nirgends adhärent sind. Die Fistel lässi sich mit dem Speculum einstellen. Es wölbt sich etwas Blasenschleimhaut vor. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 25: In diesem Fall lässt sich nicht sicher entscheiden, ob die Fistel als Druck-

fistel oder als violente Fistel durch den angewandten Forceps entstanden ist.

Fall 26. J.-No. 448. Bertha S.... aus Eeterswalde Ostpr., 49 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: IX para. 7 Partus mit lebenden Kindern, 2 mit toten. Letzter Partus ist durch Perforation beendigt. Gleich nach der Geburt Urinabfluss.

Status praesens: Patientin hat ein plattes, rachitisches Becken. Portio nicht vorhanden. Am Ende der Scheide fühlt man eine kleine Einziehung mit einem Loch, durch das man den in die Urethra eingeführten Catheter fühlt. Patientin verlässt die Klinik gegen den Willen des Arztes.

Epikrise zu Fall 26: Die Entstehung der Fistel dürfte wohl auf die Perforation zurückzuführen sein.

Jahrgang 1900.

Fall 27. J.-No. 3. Anna T. . . . aus Kowno, Russland. 26 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Patientin ist I. para. Die Geburt war sehr schwer. Erst am 4. Tage wurde ein Hebeamme herbeigerufen und diese sprengte die Blase und katheterisierte. Der Arzt machte am folgenden Tage die manuelle Placentarlösung. Acht Tage darauf bemerkte Patientin unwillkürlichen Urinabfluss.

Status praesens: Patientin zeigt einen alten, nicht geheilten, completten Dammriss. Portio ist nicht vorhanden. In der vorderen Scheidenwand befindet sich eine straffe Narbe. Am linken Rande dieser halbmondförmigen Narbe befindet sich eine gänsekielgrosse Fistel, aus der sich bei der Milchprobe Milch entleert.

Epikrise zu Fall 27: Hier ist schwer zu entscheiden, ob das Katheterisieren oder die manuelle Placentarlösung die Fistel verursacht hat; sicher aber ist sie als eine violente Geburtsfistel aufzufassen.

Fall 28. J.-No. 92: Marie Z.... aus Friedrichshof. 37 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-cervico-vaginalis. Rupt. perinei completa.

Anamnese: IX. para. Alle Partus endigten mit totem Kind. Bei 5 Geburten wurde der Forceps angelegt, die übrigen erfolgten spontan. Die letzte Geburt wurde auch durch Forceps beendigt. Kind tot. Es erfolgte ein grosser Dammriss, 3—4 Tage später stellten sich Urinbeschwerden ein.

Status präsens: Patientin zeigt einen kompleten Dammriss. Scheide durch grosse Narbe verengt. Von der Portio ist nichts zu fühlen. Im oberen Teil der vorderen Scheidenwand befindet sich ein für Finger durchgängiges Loch, das in die Blase führt. Es erfolgt Heilung mit Hinterlassung einer ganz kleinen Oeffnung.

Epikrise zu Fall 28: Die Entstehung der Fistel bei den vorhandenen ausgedehnten Scheidenverletzungen ist sicher der angewandten Kunsthilfe beizumessen.

Fall 29. J.-Nr. 131. Maria S . . . . . aus Ponarth (Königsberg). 27 J.

Diagnose: Fistula vesico-cervico-vaginalis.

Anamnese: IV. para. Die ersten Geburten verliefen normal. Zwei mit totem Kind. Letzter Partus hat 38 Stunden nach dem Blasensprung gedauert. Grosses Kind. Es entstand dabei ein Dammriss. 2 Stunden vorher soll ein Arzt ein braunes Pulver

(Secale) gegeben haben. Unmittelbar nach der Geburt bestand Incontinenz.

Status präsens: Es besteht ein Dammriss 2. Grades. Portio dick und zerfetzt. Rechts hinten fehlt ein Stück vollständig. Rechts vorn geht ein tiefer Riss ins Scheidengewölbe. Aus dem distalen Ende des Risses sieht man Urin fliessen. Mit einer Sonde gelangt man in die Blase. Patientin wird zur Operation bestellt.

Epikrise zu Falll 29: In diesem Falle scheint es sich um eine Druckfistel zu handeln, trotzdem die ärztliche Medikation, falls es sich um Darreichung von Secale handelt, von entscheidendem Einflusse auf die Entstehung der Fistel gewesen sein kann.

Fall 30. J-Nr. 165: Rosina E . . . . . aus Königsberg. 38 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-cervico-vaginalis.

Anamnese: II. para. Erster Partus durch Forceps In hiesiger Klinik vollendet (Nabelschnurvorfall). Letzter Partus vor 5 Wochen durch hiesige Poliklinik beendigt. Es wurde Embryotomie wegen verschleppter Querlage gemacht. Am Tage darauf stellte sich bereits Urinabfluss ein.

Status präsens: In der vorderen Vaginalwand befindet sich ein rundes Loch, das die Fingerkuppe gerade aufnimmt; aus demselben fliesst Urin aus. Patientin wird durch Operation nur gebessert.

Epikrise zu Fall 30: Hier lässt sich schwer entscheiden, ob es sich um eine Druckfistel oder eine violente Geburtsfistel handelte.

Fall 31. J.-No. 192: Bosche K.... aus Kowno. 20 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Nulli para. Patientin fiel vor acht Jahren auf der Strasse derartig hin, dass sie sich auf einem spitzen Stein die inneren Genitalien verletzte. Es trat sofort eine starke Blutung ein. Seit dieser Zeit besteht dauernder Urinabgang.

Vor 4 Jahren wurde Patientin in der chirurgischen Klinik von Professor Braun operiert und völlig beschwerdefrei entlassen: Vor 2 Jahren fiel Patientin wieder hin und alsbald trat völlige Inkontinenz ein.

Status praesens: Es findet sich eine für die Sonde nicht durchgängige Oeffnung im vorderen Scheidengewölbe. Von einer kleinen, trichterförmigen Einziehung unmittelbar vor der Portio kann man mit einer feinen Sonde in die Blase gelangen. Flüssigkeit sickert nicht heraus. Die Fistel wird durch Operation geschlossen.

Epikrise zu Fall 31: In diesem Falle handelt es sich um eine traumatische Fistel.

Fall 32. J.-No. 197. Rosalie D.... aus Barthen (Russland). 33 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis. Prolapsus vesicae. Defect. urethr. Ruptura perinei.

Anamnese: Patientin hat einmal geboren und 5 Aborte gehabt. Bei der Geburt vor 10 Jahren, welche sehr schwer gewesen sein soll, wurde das Kind nach ihrer Angabe ohne Narkose mit Instrumenten extrahiert. Es soll dann ein Loch im Schädel gehabt haben. Unmittelbar darauf stellte sich dauernder Urinabgang per vaginam ein. Vier Wochen später wiederholte Operation in Warschau, doch ohne bleibenden Erfolg.

Status praesens: Aus der Urethra wölbt sich

ein hühnereigrosser, mit Schleimhät bekleideter und teilweise exulcerierter Tumor vor, der sich als die völlig prolabierte Blasenschleimhaut erweist. Nach Reposition sieht man eine sehr grosse Kommunikation zwischen Blase und Scheidenwand. Von der Urethra ist kaum ein Centimeter erhalten.

Patientin verlässt mit teilweiser Heilung gegen den Willen des Arztes die Klinik.

Epikrise zu Fall 32: Es ist mit Bestimmtheit anzunehmen, dass die Fistel durch geburtshilfliche Operation entstanden ist.

Fall 33. J.-No 240. Caroline N.... aus Kutine (Russland). 28 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis Rupt. perin.

Anamnese: Patientin ist II.para. Bei der letzten Geburt bestand Querlage. Es wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen, jedoch ist über die Art derselben nichts zu ermitteln. Der Arzt soll nach der Geburt gesagt haben, es sei etwas eingerissen, er könne aber die Operation nicht machen. Kind tot. Unmittelbar nach dem Partus spontaner Urinabfluss per vaginam.

Status praesens: In der Umgebung der Vulva urinöse Flüssigkeit. Die vordere Scheidenwand zeigt eine breite fünfmarkstückgrosse Communikation mit der Blase. Der Damm ist bis zum Sphincter eingerissen. Patientin wird wegen Tuberculose nach der septischen Station verlegt.

Epikrise zu Fall 33: In diesem Falle ist zwar die Art der geleisteten Kunsthilfe nicht sicher festzustellen, doch muss die Entstehung der Fistel zweifellos auf dieselbe zurückgeführt werden.

Fall 34. J.-No. 258. Elisabeth S.... aus Solwalki (Russland). 36 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: V para. Bei der letzten Geburt (Schädellage) wurde ärztliche Hilfe verlangt. Der Arzt wollte eine Perforation machen, verschob indessen dieselbe um einen Tag. „Einer der anwesenden Nachbarsfrauen dauerte die Geburt zu lange und sie riss daher das Kind heraus, wobei sie mit beiden Händen weit in die Scheide einging und über eine Stunde an der Kreissenden herum manipulierte". Die Kranke hat dabei ausserordentliche Schmerzen gehabt. Unmittelbar darauf Urinabfluss.

Status praesens: In der ganzen Umgebung der Genitalien und Anus papulöse Excrescenzen. Damm stark verkürzt. Hinter der Symphyse gelangt man in einen queren, nach rechts reichenden Spalt, der 1—2 Finger bequem durchlässt und in die Blase führt. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 34: Hier ist die Fistel sicher durch Eingriff von unberufener Hand verursacht worden.

Fall 35. J.-No. 363. Christine H.... aus Minks (Russland). 23 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Die letzte Geburt wurde von einem Arzte durch Perforation beendigt. („Die Haut am Kopfe des Kindes war zerrissen".) Während des Wochenbettes merkt Patientin, besonders beim Aufstehen, unwillkürlichen Urinabfluss. Die Kranke giebt an, dass sie in der Heimat bereits 5 Aerzte konsultiert habe, ohne dass einer die Ursache ihres Leidens feststellte.

Status präsens: Von dem äusseren linken Winkel des Muttermundes zieht eine Narbe ins vordere Scheidengewölbe, an deren oberen Ende sich eine winzige

Oeffnung befindet, aus der sich bei der Milchprobe Milch im Strahle entleert. Durch die Operation tritt völlige Heilung ein.

Epikrise zu Fall 35: In diesem Falle scheint die Perforation die Ursache für die Entstehung der Fistel gewesen zu sein, was durch die Narbenbildung in der Scheide bestätigt wird.

Fall 36. J.-No. 377. Wilhelmine H.... aus Ponarth. 32 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: I. para. Es war eine sehr schwere Entbindung. Schädellage mit abgestorbenem Kinde. Ein Arzt machte die Perforation am Hinterhaupte, die ihm nicht gelang. Schliesslich soll die Hebeamme in Gegenwart des Arztes in die Perforationsöffnung mit dem Finger eingegangen sein und solange gezogen haben, bis der Kopf folgte. Auch soll sie mehrfach scharfe Knochenstücke entfernt haben. Sofort nach Beendigung des Partus stellte sich spontaner Urinabfluss ein.

Status präsens: Die Portio zeigt an der oberen Lippe einen tiefen Einriss, der bis zum Scheidengewölbe reicht. Unmittelbar vor der Portio sitzt eine erbsengrosse Oeffnung, durch welche ein Katheter leicht in die Blase gleitet. Völlige Heilung und Kontinenz.

Epikrise zu Fall 36: Die Fistel ist durch die geburtshilflichen Eingriffe entstanden.

Fall 37. J.-No. 455. Leo Z..... aus Sulwalki. 20 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Patientin hat einmal geboren. Wegen Wehenschwäche brauchte ein Arzt die Zange ohne Narkose. In den nächsten Tagen musste der Urin

stets abgelassen werden, da alles verschwollen war. Nach einiger Zeit bemerkte Patientin, dass sie keinen Urin halten konnte. Ein zweiter Arzt erklärte nach Untersuchung, bei der Geburt sei die Blase gerissen und sandte die Patientin ins Krankenhaus.

Status praesens: Von dem Introitus zieht sich links in die Vagina eine grosse Narbe, die mit dem absteigenden Schambeinast verbunden ist. An Stelle der Portio sind 2 Wülste, die durch einen Spalt von einander getrennt sind. Ca. 1 cm von diesem Spalt fühlt man ein etwa erbsengrosses Loch, durch welches ein durch die Urethra in die Blase geführter Katheter wieder herauskommt.

Durch wiederholte Operation wird Heilung erzielt.

Epikrise zu Fall 37: In diesem Falle ist die Fistel durch den ohne Narkose angewandten Forceps entstanden, wofür die ausgedehnten Narbenbildungen sprechen.

Jahrgang 1901.

Fall 38. J.-Nr. 107. Else A . . . . aus Prökuls (Memel) 20 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Patientin hat Januar 1900 ihre erste Geburt gehabt. Es bestand Querlage und soll die Wendung gemacht sein. Jedenfalls hat die Geburt sehr lange gedauert, angeblich 60 Stunden. Die Placenta ist von der Hebeamme exprimiert worden. Seit dem Augenblick der Entfernung der Nachgeburt kann Patientin kein Wasser mehr halten. Der Urin läuft beständig ab. Patientin suchte im November einen Arzt auf, der sie in die hiesige Klinik verwies. Ueber die Geburt selbst wird noch folgendes erwähnt. Die Wehen begannen am 31. XII. 1899 Vormittags. In der Nacht vom 1. zum 2. Januar 1900 wurde ein Arzt hinzu-

gezogen, der totes Kind in Querlage diagnosticierte. Er machte die Wendung ohne Narkose und schloss noch die Extraktion an. Eine Viertelstunde nach der Wendung bemerkte eine anwesende Frau, dass der Fuss, den sie vorher ausserhalb der Scheide gesehen hatte, zurückgewichen war. Der Arzt war bereits fortgegangen. Die hinzugezogene Hebeamme konstatierte, dass das Kind sich wieder zurückgedreht hatte, und machte eine nochmalige Wendung. Morgens um 7 Uhr wurde das Kind dann bis zum Nabel spontan geboren. das übrige wurde durch die Hebeamme entwickelt. Die Extraktionsversuche sind besonders bei der Entwickelung des Kopfes sehr schwer gewesen und haben über eine Stunde gedauert.

Status praesens: Es befindet sich in der vorderen Vaginalwand ein Riss in der Richtung des I schrägen Durchmessers beinahe quer durch das vordere Scheidengewölbe in einer Länge von 6 cm. Durch denselben gelangt man sofort in die Blase. Patientin wird, da gravid, vorläufig entlassen.

Epikrise zu Fall 38. Es ist in diesem Falle schwer zu entscheiden, ob die Wendung durch den Arzt oder durch die Hebeamme oder die stattgehabten Extraktionsversuche die Fistel verursacht haben. Jedenfalls ist ihre Entstehung auf die während der Geburt geleistete Kunsthilfe sicher zurückzuführen.

Fall 39. J.-No. 213. Ottilie P. . . . aus Milken (Lötzen).

Diagnose; Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Patientin schon 1897 an Blasenscheidenfistel infolge Geburtsvorgang in hiesiger Klinik mit Erfolg operiert. cfr. 1897/525. Ungefähr ein Jahr nach der Operation stellte sich jedoch wieder Harnträufeln ein. Die letzte Geburt war Ende Februar

dieses Jahres und verlief recht schwer. Als 2 Stunden nach erfolgtem Blasensprung die Geburt nicht vorwärts gehen wollte, machte ein hinzugezogener Arzt aus Lötzen in Narkose eine Zangenoperation. Bei der Geburt der Füsse schnellte das Kind heraus und fiel unter Zerreissung des Nabelstranges zu Boden, wo es bald darauf gestorben ist. Die ersten Tage des Wochenbettes verliefen ohne Störung. Am 10. Tage nach der Geburt fühlte Patientin ein starkes Brennen in der alten Fistelnarbe und gleichzeitig entleerte sich aus der Vagina Urin. Seitdem besteht beständiges Harnträufeln.

Status praesens: Aus der Vulva fliesst urinöse Flüssigkeit. Dicht hinter dem Harnröhrenwulst an seiner rechten Seite befindet sich eine erbsengrosse Oeffnung, durch welche die per urethram eingeführte Sonde wieder herauskommt. Ueber die Oeffnung hinweg gelangt man mit der Sonde in die Blase. Patientin wird nach widerholter Operation teilweise gebessert entlassen.

Epikrise zu Fall 39. In diesem Fall ist die alte, bereits verheilte Fistel durch die letzte mittels Zange beendigte Geburt wieder geöffnet worden.

Fall 40. J.-No. 263. Anna P. . . . aus Prökuls (Memel). 38 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: X para. Neun Geburten normal. Die letzte ist Mitte Februar mit ärztlicher Hilfe beendigt Der Arzt traf 8 Stunden nach dem Blasensprung ein, konstatierte Querlage und Armvorfall. Er machte Wendung und Extraktion, die in $1^1/_2$ Stunden beendigt war. Darauf wurde 5 mal versucht, die Placenta zu exprimieren, doch vergeblich. Demnächst wurde die manuelle Placentarlösung angeschlossen. Die

ersten drei Tage nach der Geburt wurde Patientin von einer Hebeamme katheterisiert. Am 4. Tage stellte sich unwillkülicher Urinabgang per vaginam ein.

Status praesens. Ekzem der Vulva. In der Mitte der vorderen Vaginalwand ist ein Loch, durch welches der Finger in die Blase eindringen kann. Von diesem Loche zieht sich nach rechts eine Narbe durch die vordere Vaginalwand. Im Speculum sieht man an Stelle des beschriebenen Loches der vorderen Vaginalwand hochrote Blasenschleimhaut hervorquellen. Durch Operation ziemlich geheilt.

Epikrise zu Fall 40: Es ist hier schwer zu entscheiden, ob die Fistel durch die geburtshilflichen Operationen oder das Katheterisieren der Hebeamme entstanden ist. Jedenfalls handelt es sich um eine violente Geburtsfistel.

Fall 41. J.-No. 266. Resche J. . . . aus Minks (Russland). 31 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: III para. Die beiden ersten Partus spontan, der letzte durch Forceps beendigt. Beim Aufstehen nach dieser Geburt trat eine Senkung des Uterus auf, die allmählich immer grösser wurde und schliesslich eine Länge von über 10 cm erreichte und der Patientin grosse Schmerzen verursachte. Ein $1^1/_2$ Jahre hindurch auf ärztliche Verordnung getragener Ring vermochte die Senkung nicht zurückzuhalten, weshalb Patientin sich vor $^1/_2$ Jahr in Russland (Wilna) operieren liess. Ueber die Art der Operation weiss Patientin nichts anzugeben. (Jedenfallskein Bauchschnitt und keine Alexand. Adam Operation.) Die Senkung war durch die Operation beseitigt. Während der ersten 8 Tage nach der Operation wurde Patientin katheterisiert. Als die Vaginaltamponade dann entfernt wurde, stellte sich heraus,

dass Patientin völlig incontinent war. Wegen dieser Fistel wurde sie dann noch zweimal operiert, jedoch ohne jeden Erfolg.

Status praesens: Der Introitus ist klaffend; vor demselben steht 1 cm Schleimhaut der hinteren Vaginalwand, bereits etwas maceriert, vor. Dicht hinter dem Urethralwulst ist in der vorderen Vaginalwand eine rote Schleimhautpartie sichtbar, in deren Mitte sich ein Loch befindet, durch welches die Sonde in die Blase gelangt. Operation. Geheilt entlassen.

Epikrise zu Fall 41: Hier scheint die nicht mehr festzustellende Prolapsoperation die Fistel verursacht zu haben.

Fall 42. J.-No. 289. P. S .... aus Liebemühl. 37 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: VII. para. Die ersten 6 Geburten waren normal. Das letzte Kind wurde, nachdem die Geburt bei schwachen Wehen von Dienstag bis Freitag morgen gedauert hatte, von einem Arzte nach vergeblichen Zangenversuchen perforiert. Dasselbe soll ausserordentlich gross gewesen sein. Noch an demselben Tage bemerkte Patientin, dass der Urin spontan abfloss, zwar stets tropfenweise, doch ist Patientin nicht imstande, auch die geringste Quantität zu halten.

Status praesens: An der vorderen Vaginalwand im vorderen Scheidengewölbe befindet sich ein thalergrosser Defekt, durch den man in die Blase gelangt. Der obere Rand des Defektes wird durch den Rand der vorderen Muttermundslippe gebildet, die in toto erhalten ist. Dagegen fehlt an der hinteren Lippe die rechte Hälfte, links steht nur ein kleiner Zipfel. Eine 6 cm lange Narbe durchsetzt die hintere Vaginalwand. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 42: In diesem Falle kann nicht ohne weiteres die Annahme einer Druckfistel zurückgewiesen werden. Doch machen die vergeblichen Zangenversuche und die Grösse des Defektes, sowie der vorhandenen Verletzungen eine violente Entstehungsweise sehr wahrscheinlich.

Fall 43. J.-No. 311. Katharina L.... aus Königsberg. 43 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Frühere Geburten normal. Bei der letzten Geburt am 25. 5. 1901 wurde wegen Nabelschnurvorfall die poliklinische Hilfe der hiesigen Klinik erbeten. Diese fand das Kind tot. Drohende Uterusruptur. Daher Perforation. Der Kranioklast riss einmal aus; die weitere Extraktion mit der Knochenzange gelingt ziemlich schwer. An der frühzeitig gelösten Placenta ein retroplacentares Haematom.

Nach 2 Tagen bemerkt Patientin, dass sie den Urin nicht halten konnte; derselbe floss dauernd ab.

Status praesens: Aus der Vagina quillt Urin. Introitus in Vagina weit. In der Mitte der hinteren Muttermundslippe ein Einriss, von welchem eine Narbe 2 cm durchs hintere Scheidengewölbe verläuft. In der vorderen Wand des Cervikalkanals, dicht hinter der vorderen Muttermundslippe ist ein für den Finger durchgängiges Loch, durch welches man in die Blase gelangt. Hinter der Fistel im Cervikalkanal eine Narbe. Cervix in toto zerklüftet. Patientin wird auf Wunsch entlassen.

Epikrise zu Fall 43: Hier handelt es sich zweifellos um eine violente Geburtsfistel, die durch die Perforation verursacht ist.

Fall 44. J.-No. 429. Kornelie T.... Lepko (Russland). 26 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: III para. Alle 3 Geburten ohne Kunsthilfe. Die letzte Geburt war vor 7 Wochen. Es bestanden 28 Stunden hindurch starke und kurz anhaltende Wehen. Patientin kann den Blasensprung nicht angeben, da nach ihrer Angabe bei jeder Wehe Wasser abgeflossen ist. Die Nachgeburtsperiode verlief ohne Störung. Gleich nach der Geburt soll Urin aus der Scheide abgeflossen sein. Diese Incontinenz ist seitdem geblieben und macht sich hauptsächlich beim Gehen fühlbar.

Status praesens: Die Portio und der Muttermund sind durch Einrisse quer gespalten. Der linke Einriss geht ins vordere Scheidengewölbe und durchsetzt die vordere Seheidenwand bis zum Urethralwulst. Von dieser Stelle aus ist gegen den Sphinkter ani hin ein für eine Haarnadel durchgängiges Loch fühlbar, welches in den Blasenhals mündet. durch wiederholte Operation wird die Fistel geschlossen.

Epikrise zu Fall 44: Es handelt sich hier um eine Druckfistel.

Fall 45. J.-Nr. 494. Eva R.... aus Igliszkschen. 45 Jahre alt.

Diagnose: Cystitis purulenta. Fistula vesico vaginalis. Pyelo nephritis. Uraemie.

Anamnese: Patientin ist seit 26 Jahren verheiratet. Ebensolange besteht ihr Leiden, dessen Ursache sie nicht anzugeben weiss. Es begann aus starken, krampfartigen Schmerzen, Brennen beim Harnlassen und spärlichem weissen Ausfluss aus der Scheide. Der Urin war trübe und enthielt Flocken. Sie konsultierte mehrere Aerzte in Russland, die ihr mit

grossen Spritzen die Blase, den Uterus und die Scheide ausspritzten. Seit sechs Jahren läuft der ganze Urin aus der Scheide von selbst ab, besonders beim Gehen und Liegen. Der Beginn dieses Harnabflusses soll ganz plötzlich gewesen sein. Vor einem halben Jahre wurde sie in Kowno einer Operation ohne Narkose unterzogen, die keinen Erfolg hatte. Man sagte ihr, dass sie ein Loch in der Blase hätte und gab ihr den Rat, die hiesige Klinik aufzusuchen.

Status präsens: Es besteht ein starkes urinöses Ekzem der äusseren Genitalien. Im vorderen Vaginalgewölbe findet sich ein 1 cm langer incrustierter Faden und eine quer verlaufende Narbe am Uebergang der vorderen Muttermundslippe. Dicht hinter dem Urethralwulst hinter der Symphyse ist eine deutliche quer verlaufende Resistenz fühlbar. Im Spekulum sieht man, dass der Faden aus zwei Knoten besteht. Die Milchprobe fällt zunächst negativ aus. Bei der Untersuchung in Narkose findet sich am unteren Ende der Narbe im vorderen Scheidengewölbe eine kleine Oeffnung, die von einer Sonde noch gerade passiert werden kann. Die Milchprobe fällt jetzt auch positiv aus.

Die Patientin wird operiert, kommt aber nach 8 Tagen an Urämie zum Exitus Cetalis.

Die Sektion ergiebt, dass oberhalb der Uretherenmündung ein oberflächlicher, geschwüriger Defekt in der Blasenwand sitzt. Etwa in der Mitte des pigmentierten Geschwürgrundes zeigt sich eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung, durch die man in die Scheide gelangt. Im Umfange der Fistel ein etwa ein Markstückgrosser Diphetrischer Belag, der auf die hintere Muttermundslippe übergreift.

Anatomische Diagnose: Blasenscheidenfistel grosser Ulcus der Harnblase, Cystitis, Pyonephritis

dextra, Hyperaemie und Odem des Gehirns und seiner Häute.

Epikrise zu Fall 45: In diesem Falle scheint die gynäkologische Behandlung des vorhandenen Blasenleidens zu der Entstehung der Fistel geführt zu haben.

Fall 46. J.-No. 511: Anna N.... aus Gottstadt. 31 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Patientin hat nur einmal geboren. Ihr Leiden entstand im Anschluss an die Geburt, die am Ende der regelrechten Schwangerschaft eintrat. Die Wehen waren von Anfang sehr stark, liessen aber am nächsten Tage nach. Schüttelfrost stellte sich ein. Es wurde daher ein Arzt geholt. Dieser extrahierte das tote Kind in einer halben Stunde mit dem Forceps und räumte dann den Uterus sofort ohne Narkose aus, weil „sein Inhalt faulig sei." Schon am nächsten Tage bemerkte Patientin, dass sie nass lag und keinen Drang zum Urinieren hatte. Auf den Rat des Arztes kommt sie nach ca. 7 Wochen zur Operation in die Klinik.

Status präsens: Am Ende des Urethralwulstes dringt der Finger in die Blase ein, welche zugleich an dieser Stelle den hinteren Abschluss der Vagina bildet. Die Blase lässt sich in toto austasten. Die hintere Blasenwand ist durch die Portio vorgewölbt. Im Spekulum sieht man die Blase sich in die Vagina hineinwölben. Durch Operation wird Patientin geheilt entlassen.

Epikrise zu Fall 46: Die Fistel ist durch die geburtshilfliche Operation verursacht worden, ob durch die Zange oder die manuelle Ausräumung lässt sich nicht entscheiden.

Fall 47. J.-No. 541: Patronella G.... aus Kowno. 28 Jahre alt.

Diagnose:

Anamnese: 1 para. Die Geburt, die vor einem halben Jahre stattfand, dauerte 3 Tage. Die Wehen waren sehr stark. Patientin hatte grosse Schmerzen und am 3. Tage abwechselnd Hitze und Kältegefühl. Eine gewöhnliche Frau aus ihrem Dorf, keine Hebeamme, trieb einen eisernen Haken in den kindlichen Kopf ein und extrahierte damit das Kind. Patientin lag gleich darauf nass. Drei Wochen nach der Entbindung suchte sie einen Arzt ihrer Gegend auf, der ihr sagte, sie hätte eine „Gangrän". Er behandelte sie mit Spülungen, die ohne Erfolg blieben. Patientin giebt an, dass ihr der ganze Urin von selbst abfliesst. Sie sucht auf den Rat eines Arztes in Memel die hiesige Klinik auf.

Status praesens: Urinöses Ekzem der äusseren Genitalien. Aus der Vulva fliesst Urin ab. An dem Uebergang der Urethra in die Blase befindet sich ein Loch, durch das ein eingeführter Katheter in die Vagina gelangt. Vagina ist kurz, in derselben mehrere Narben. Im Spekulum bildet die Fistel den hinteren Abschluss der vorderen Vaginalwand. Die hintere Muttermundslippe fehlt ganz.

Durch wiederholte Operation dauernde Heilung.

Epikrise zu Fal 47: Die Entstehung der Fistel ist ohne jeden Zweifel auf die bei der Geburt geleistete Hilfe zurückzuführen.

Jahrgang 1902:

Fall 48. J.-No. 27. Luise J.... aus Friedrichshof (Ortelsburg). 41 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: I para vor 17 Jahren. Die Entbindung war sehr schwer und dauerte 3 Tage. Die Wehen begannen in der Nacht vor dem ersten Tage und waren sehr stark. Am Nachmittag des ersten Tages sprengte die Hebeamme die Blase. Ob sie dazu ein Instrument verwendet hat, weiss Patientin nicht. Das Sprengen dauerte sehr lange und war sehr schmerzhaft. Mit dem Abfliessen des Fruchtwassers soll auch Urin unwillkürlich abgegangen sein, nur Patientin will seither willkürlich keinen Urin entleert haben. Sie hatte in den folgenden Tagen starke Wehen und Schmerzen. Die Hebeamme weigerte sich jedoch, einen Arzt hinzuzuziehen. Am dritten Tage wurde noch eine Hebeamme geholt, es erfolgte jedoch darauf die spontane Geburt eines toten Kindes. Die Nachgeburt folgte bald.

In den folgenden 10 Jahren fanden 6 Aborte statt, alle ungefähr im 2. Monat und begannen alle ohne besondere Veranlassung. Seit der erwähnten Blasensprengung konnte Patientin den Urin nicht mehr halten, weder im Gehen, noch im Liegen. Der stets träufelnde Urin verursachte bald einen üblen Geruch. Während der letzten 7 Jahre hat der Mann den Verkehr mit seiner Frau wegen dieses Leidens aufgegeben und sie oft deswegen gemisshandelt. Auf Anraten des Mannes entschloss sie sich endlich die hiesige Klinik aufzusuchen.

Status präsens: Urethra ist für einen Glaskatheter hinten verschlossen, jedoch kommt man mit einer feinen Sonde durch eine punktförmige Oeffnung in die Blase. Vordere Vaginalwand fehlt bis zum Urethralwulst. An Stelle derselben ein grosser, querer Defect, durch welchen man in die Blase kommt. Hinteres Vaginalgewölbe durch Narbenzüge äusserst rigid. Im Spekulum sieht man die Blasenschleimhaut

prolabiert. Patientin entzieht sich der Behandlung mit Gewalt und verlässt die Klinik ungeheilt.

Epikrise zu Fall 48: In diesem Falle lässt sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden, ob die vorhandene Fistel als Druckfistel anzusehen ist, oder ob sie durch das Sprengen der Blase seitens der Hebeamme verursacht ist.

Fall 49. J.-No. 70: Anna W .... aus Tilsit. 35 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anam'nese: IX para. Die ersten Geburten waren alle normal. Die letzte Geburt dauerte 24 Stunden. Als Patientin 3 Stunden kreisste, hat die hinzugezogene Hebeamme die Blase gesprengt. Dann zog die Hebeamme wegen zu lange dauernder Geburt einen Arzt hinzu, der nach Untersuchung die Kreissende ins Tilsiter Krankenhaus sandte. Hier wurde ihr das Kind in Narkose „genommen". Angeblich soll der Kopf des Kindes perforiert gewesen sein. Schon am nächsten Morgen merkte Patientin, dass sie nass liege. Nach 8 Wochen verliess sie das Krankenhaus und kam in hiesige Klinik zur Operation.

Status praesens: Starkes, urinöses Ekzem der äusseren Genitalien. An der vorderen Vaginalwand ist ein linsengrosses Loch, welches in die Blase führt. Portio steht hinten. Die hintere Muttermundslippe fehlt bis auf einen kleinen Rest, ebenso steht von der vorderen nur noch ein Zipfel. Es durchsetzen die Portio mehrere Narben, sowie das Scheidengewölbe. Durch Operation wird Patientin völlig geheilt.

Epikrise zu Fall 49: Hier ist es zweifelhaft, ob es sich um eine Druckfistel handelt, oder ob die geburtshilflichen Operationen die Ursache der Fistel sind.

Fall 50. J.-No. 116. Magdalena W . . . . . aus Lergen (Stallupönen). 50 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: VII para. Letzter Partus vor 7 Jahren. Bei der ersten und zweiten Geburt kamen spontan lebende Kinder. Bei der dritten und vierten Geburt kamen die Kinder auch spontan, aber tot. Bei der fünften Geburt, welche vor 18 Jahren stattfand, soll angeblich die Hebeamme das querliegende Kind nach zweistundenlanger Dauer der Geburt „gedreht" haben. Die Zeit des Blasensprunges kann Patientin nicht angeben. Da die Hebeamme das Kind nicht extrahieren konnte, kamen zwei Nachbarsfrauen zu Hilfe, welche gemeinsam an dem Kinde zogen und dasselbe angeblich nach $^3/_4$ Stunden extrahierten. Das Kind war tot. Patientin giebt an, dass sie seit dieser Zeit sofort nach der Geburt nicht mehr den Urin zurückhalten konnte. Er gehe immer von selbst ab und zwar in jeder Lage. Sie habe niemals Urindrang.

Status praesens: Urinöses Ekzem an den äusseren Genitalien. Alter Dammriss. Dicht hinter dem Harnröhrenwulst ein zweimarkstückgrosser Defekt, durch den man zwei Finger in die Blase einführen kann. Der Längsdurchmesser des Defektes steht im zweiten schrägen Durchmesser. Portio etwas verdickt, mit mehreren Einkerbungen besetzt. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 50: In diesem Falle haben die Manipulationen, die zur Beendigung der Geburt angeordnet sind, die Fistel verursacht.

Fall 51. J.-No. 139. Bertha S- . . . aus Stanepola. 38 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: cfr. 1900/258. Patientin wurde damals wegen einer Blasenscheidenfistel in hiesiger Klinik operiert und geheilt entlassen. Bis zum letzten Partus vor 6 Monaten hielt diese Heilung an. Seitdem aber stellten sich wieder Urinbeschwerden ein. Der letzte Partus soll angeblich eine Woche gedauert haben. Drei Tage vor der Geburt des Kindes war Blasensprung. Es war nur eine Hebeamme zugegen, die zwei Mal untersuchte und eine Gesichtslage feststellte. Das Kind kam spontan, starb aber sofort nach der Geburt. Gleich nach dieser Geburt ist ihr der Urin spontan wieder abgeflossen. Im übrigen giebt Patientin an, dass sie den Urin im Sitzen zurückhalten kann. Schmerzen bestehen keine.

Status präsens: Urinöses Ekzem an den Genitalien. Dicht hinter dem Urethralwulst befindet sich an der vorderen Vaginalwand ein linsengrosses Loch, welches in die Blase führt; von demselben gehen nach rechts vorn und links seitlich tiefe Narbenzüge aus. Im Spekulum sieht man die Blasenschleimhaut sich aus dem Defekt hervorwölben.

Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 51: Hier handelt es sich um eine Druckfistel.

Fall 52. J.-Nr. 154. Caroline T . . . . . aus Ortelsburg. 37 Jahre alt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: X para. Erste Geburt vor 19 Jahren, letzte vor 6 Wochen. Bis auf die letzte Geburt waren alle normal. Die letzte Geburt dauerte zwei Tage, die Wehen waren sehr stark, doch schwächten sich dieselben bald ab. Das Kind soll in Steisslage gelegen haben, da die Hebeamme die Geburt nicht beendigen konnte, wurde ein Arzt hinzugezogen, welcher in Narkose

das tote Kind extrahierte. Weitere Angaben kann Patientin nicht geben. 4 Tage nach der Geburt bemerkte sie zuerst, dass sie nass lag. Es ist ihr z. Z. unmöglich, Urin zu lassen.

Status praesens: Urinöses Ekzem an den äusseren Genitalien, In der vorderen Vaginalwand dicht hinter dem Urethralwulst ist ein linsengrosses Loch, das in die Blase führt. Portio fehlt. An ihrer Stelle befindet sich ein narbiges Gewebe, welches sich nicht gegen die Vaginalwand absetzt. Durch Operation völlige Heilung.

Epikrise zu Fall 52: Es lässt sich nicht entscheiden, ob es sich um eine Druckfistel handelt, oder ob die Extraktion des Kindes die Fistel verursacht hat.

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name	Alter	Wohnort	Para ?
					Jahr-
1	488	Johanna H.	36	Laptau	IV.
2	492	Caroline B.	31	Osterode	V.
3	525	Ottilie P.	36	Loetzen	VIII.
4	544	Henriette B.	37	Gonapken	III.
5	583	Marie G.	39	Girnen	III.
					Jahr-
6	26	Anna S.	30	Königsberg	VIII.
7	124	Barbara M.	27	Lapkasis	III.
8	137	Julie W.	34	Gilgodischken	II.
9	200	Gitta K.	37	Midnitz	VII.
10	321	Katharina D.	47	Krakau	XI.
11	369	Auguste M.	30	Mohrungen	III.
12	439	Cornelia T.	24	Kaminks	II.
13	545	Alvine B.	42	Elbing	VIII.
14	605	Johanna L.	39	Drangschitten	VIII.
15	640	Minna S.	34	Wystitten	V.
					Jahr-
16	32	Charlotte W.	35	Gr. Nappern	V.
17	75	Amalie H.	46	Rastenburg	V.
18	128	Christine N.	30	Suwalki	II.
19	129	Marie J.	39	Schwintenen	VIII.
20	133	Daniela S.	32	Polender	?
21	162	Maria P.	41	Friedrichsort	I.
22	195	Mulka S.	44	Wilna	IV.
23	262	Patronella L.	35	Gilgodischken	V.
24	273	Louise K.	39	Pillkallen	VIII.
25	276	Karoline B.	39	Radzau	XI.
26	448	Bertha S.	49	Peterswalde	IX.

Diagnose	Aetiologie	Resultate der Therapie
gang 1897.		
F. vesico-vagin.	Forceps	Ungeheilt wegen Cystitis pur nach der chir. Klinik verl.
do.	illegale Hilfe	ungeheilt entl.
do.	do.	geheilt
do.	protrah. Geburt	wegen Pemphigus nach d. chirurg. Klinik verlegt
do.	do.	geheilt
gang 1898.		
F. vesico-urethr. vaginalis	Nicht zu ermitteln	teilweise geh.
F. vesico-vagin.	illegale Hilfe	geheilt
do.	Forceps	do.
do.	Forceps od. perfor. Geburt	do.
do.	Perforat. und protrah. Geburt	gebessert
do.	Forceps	geheilt
do.	illegale Hilfe	do.
do.	Wendung	do.
Urethero-cervicat-Fist.	do.	do.
F. vesico-vagin.	geleist. Kunsthülfe	do.
gang 1899.		
F. vesico-vagin.	Forceps	geheilt
do.	do.	do.
do.	Embryotomie	do.
do.	Forceps	do.
do.	Manuelle Ausräumung eines Abortes	†
do.	Gyn. Operation	geheilt
do.	Druckfistel	do.
do.	Embryotomie	do.
do.	Wendung u. Extraktion ev. ill. Hilfe	ungeheilt gegen d. Willen d. Arztes die Klinik verlassen
do.	Forceps od. Druckfistel	geheilt
do.	Perforation	verlässt gegen den Willen d. Arztes die Klinik

Lfde. Nr.	Journal-Nr.	Name	Alter	Wohnort	Para ?
					Jahr-
27	3	Anna G.	26	Kowno	I.
28	92	Maria Z.	37	Friedrichshof	IX.
29	131	Maria S.	27	Ponarth	IV.
30	165	Rosine E.	38	Königsberg	II.
31	192	Bosche K.	20	Kowno	0.
32	197	Rosalie D.	33	Barthen	I.
33	240	Caroline N.	28	Kutine	II.
34	258	Elisabeth S.	36	Sowalki	V.
35	363	Christine H.	23	Minks	II.
36	377	Wilhelmine H.	32	Ponarth	I.
37	455	Lea Z.	20	Sulwalki	I.
					Jahr-
38	107	Else A.	20	Prökuls	I.
39	213	Ottilie P.		Loetzen	III.
40	263	Anna P.	38	Prökuls	X.
41	266	Resche J.	31	Minks	III.
42	289	Katharina S.	37	Liebemühl	VII.
43	311	Katharina L.	43	Königsberg	V.
44	429	Cornelia T.	26	Lepto	III.
45	494	Eva R.	45	Iglizkschen	—
46	511	Anna N.	31	Guttstadt	I.
47	541	Petronella S.	28	Kowno	I.
					Jahr-
48	27	Luise I.	41	Friedrichshof	I.
49	70	Anna W.	35	Tilsit	IX.
50	116	Magdalena W.	50	Lergen	VII.
51	139	Bertha S.	38	Starepola	V.
52	154	Caroline T.	37	Ortelsburg	X.

Diagnose	Aetiologie	Resultate der Therapie
gang 1900.		
F. vesico-vagin.	Manuelle Placentarlösung	geheilt
F. vesico-cerv. vaginalis	Forceps	do.
F. vesico-vagin.	Druckfistel	zur Operation bestellt
do.	do. und Embryotomie	gebessert
do.	Trauma	geheilt
do.	Perforation	verlässt geg. d. Willen d. Arztes die Klinik
do.	Art d. Kunsthülfe nicht zu ermitteln	wird wegen Tbc. nach d. sept. Station verlegt
do.	illegale Hilfe	geheilt
do.	Perforation	do.
do.	do.	Heilung
do.	Forceps	geheilt
gang 1901.		
F. vesico-vagin.	Wendung	da gravid, entlassen
do.	Forceps	gebessert
do.	Wendung, Extraction?	geheilt
do.	Gynaek. Operat.	do.
do.	Perforation u. Forceps	do.
do.	Perforation	ungeheilt auf Wunsch entlassen
do.	Druckfistel	geheilt
do.	Trauma	†
do.	Forceps od. Ausräumung	geheilt
do.	illegale Hilfe	do.
gang 1902.		
F. vesico-vagin.	Druckfisteln ev. illegale Hilfe	verlässt d. Klinik gegen d. Willen des Arztes
do.	Druckfisteln ev. Operation	geheilt
do.	illegale Hilfe	do.
do.	Druckfistel	do.
do.	do. od. Extraction	do.

Aus vorstehender Zusammenstellung ersehen wir, dass die Entstehungsweise der Urogenitalfisteln in der weitaus grössten Zahl auf Geburtsvorgänge verlegt werden muss. Diese Anschauung finden wir auch durch die gesamte Litteratur bestätigt. Es erübrigt sich nun, zu untersuchen, inwiefern gerade Geburtsvorgänge es sind, und welcher Art dieselben sein müssen, dass sie zur Entstehung von Blasenscheidenfisteln führen.

In dieser Hinsicht wird von fast allen Autoren die spontane Entstehung der Fisteln durch Druckgangrän als hauptsächliche Ursache angesehen, eine Anschauung, die bereits von Winckel in der oben erwähnten Arbeit ausgesprochen und z. Z. in der Litteratur die vorherrschende ist. Die Erklärung der Druckgangräne zur Fistelbildung ist bei allen Autoren übereinstimmend dieselbe und von Winckel, wie oben erwähnt, genau dargestellt worden.

In einer von Besdzick 1889 verfassten Dissertation wird eine Zusammenstellung von 33 Urogenitalfisteln aus der Breslauer Frauenklinik gegeben. Bezüglich der Aetiologie glaubt dieser Verfasser mehr den Druck des Kopfes bei protrahierter Geburt als die dabei geleistete Kunsthilfe für das Zustandekommen der Fisteln beschuldigen zu können.

Mittelhäuser geht in seiner in demselben Jahre (1889) erschienenen Arbeit „Ueber incontinentia urinae des Weibes und ihre Behandlung“ noch weiter. Er hält in ätiologischer Beziehung den lange andauernden Druck des Kopfes gegen die Weichteile für die Veranlassung zur Gangrän und Fistelbildung und nennt die Beschuldigung der instrumentellen Hilfe eine „Laienauffassung“ nach dem Grundsatze „ergo hic propter hoc“.

Nicht ganz so schroff verhält sich Neugebauer in seiner Arbeit: „Kritischer Bericht über 159 Fälle von

Blasenscheidenfisteln. St. Petersburger med. Wochenschrift 1889.“ Bezüglich der Ursache der Fistel lässt N. teilweise die Anschauung von Emmet zu, nach welcher dieselben aus einem perforierenden Cervikalrisse entsehen.

Diejenigen Fisteln, bei welchen die Inkontinenz sofort eintrat und bei denen grösstenteils direkte, manuelle oder instrumentelle Eingriffe die Fisteln herbeiführten, sind jedenfalls auf diese Weise entstanden.

Eine andere Gruppe entsteht aber jedenfalls auf Drucknekrose während der Geburt, besonders bei engem Becken, starkem Vorspringen des Promontoriums und des Symphysenknorpels. Beweise hierfür sind das Vorhandensein von Druckspuren am kindlichen Schädel und gleichzeitige Drucknekrose an der hinteren Cervixwand mit Durchlöcherung derselben.

In ähnlicher Weise spricht sich Zweifel in seiner Arbeit „Casuistik der operierten Urogenitalfisteln. Vorlesungen über klin. Gynäkologie. Berlin 1892“ aus. Die Casuistik umfasst 28 Fälle von Fisteln, wovon 26 durch Geburten entstanden sind. Zweifel bezeichnet jedoch nur die Fisteln als violent, bei denen der Harnfluss sofort nach der Geburt auftritt, die übrigen aber, wo die Incontinenz erst nach einigen Tagen auftritt und die er Druckbrandfisteln nennt, will er, auch wenn eine Operation gemacht worden ist, dieser nicht ohne Weiteres in die Schuhe schieben.

Dasselbe sagt Jentsch in seiner 1902 in Halle erschienenen Dissertation über Drucknekrose bei protrahierten Geburten. Er behandelt besonders die Aetiologie der Harngenitalfisteln, in erster Linie die durch Druck an der oberen Symphysenwand und Gewebsnekrose entstehenden Blasenscheidenfisteln und ihre Kombinationen, endlich die durch Beckenenge im

Beckenausgang durch Druck gegen den unteren Symphysenrand bewirkten Harnröhrenscheidenfisteln mit oder ohne teilweise Atresie der Harnröhre.

Auch Boden zeigt in seiner Schrift „Ein Fall von Spontanheilung einer Blasenscheidenfistel. Würzburg 1898", dass von 130 Fistelfällen infolge von Geburtsvorgängen 79 nach künstlich beendigten Geburten, darunter 42 nach Zangenanlegung auftraten. Im Uebrigen aber neigt er der Anschauung zu, dass z. Z. der Anlegung der Zange die Disposition zur Entstehung der Fistel durch den langdauernden Druck des Kopfes gegen die Weichteile schon vielfach gegeben war.

Einen ähnlichen Fall beschreibt uns Hornez „De la vessie dans l'état puerperale", wo die Scheidenfistel nach einer Zangenoperation entstand, die nach protrahierter Geburt vorgenommen war. Die Incontinenz trat am 6. Tage des Wochenbettes unter Ausstossung eines gangränösen Gewebsstücks ein.

In derselben Weise schildert uns Fürst einen Fall: Heilung einer durch weitgreifende Zerstörung des Urogenitalapparates hervorgerufene Incontinentia urinae durch Kolpokleisis. Inaug.-Diss. Strassburg 1897. Der Defekt war nach Zangenentbindung bei plattem Becken, aber erst einige Zeit nach der Geburt durch ausgedehnte Gangrän der Weichteile und Losstossung der gangränösen Teile entstanden.

Auch Elischer erwähnt einen Fall in seiner Arbeit „Beitrag zur Kenntnis der komplizierten Blasenscheidenfistel. Jahrbuch der Krankenanst. Budapests 1895." Hier war die Fistel nach einer 4 Tage dauernden Spontangeburt entstanden.

Die schon erwähnte Arbeit von Plassmann giebt ebenfalls eine ganze Reihe von Fällen, deren Entstehen Verfasser auf Druckgangrän zurückführt.

Ferner spricht Emmet in Personal reminiscences associated with the progress of gynaekolg. Ann. Gyn. and obstr. Vol. XVI. 1900 nochmals die Ansicht aus, dass, wo eine Blasenscheidenfistel durch Nekrose entstanden ist, eine direkte instrumentelle Verletzung ausgeschlossen sei.

Endlich sei noch Resinelli erwähnt, der über 37 Fistelfälle aus einem Zeitraum von 15 Jahren berichtet und bezüglich ihrer Pathogenese 8 als spontan entstandene Druckfisteln erklärt.

Was nun das Material der vorliegenden Arbeit betrifft, so können auch wir wohl eine Reihe von Fällen anführen, die zweifellos aus der besprochenen Ursache der Druckgangrän, herzuleiten sind. Doch sind dieselben gegenüber den violenten Geburtsfisteln ganz entschieden in der Minderzahl.

Von unseren 52 Fällen sind nur 6 Fälle (Fall 4, 5, 22, 29, 44, 51) ihrer Anamnese und den Status nach als sichere Druckfisteln anzusehen.

In 5 Fällen und zwar 9, 10, 25, 48, 52 lässt sich nicht mit absoluter Bestimmtheit entscheiden, ob die Fistel allein durch den Druck des kindlichen Kopfes entstanden ist, oder durch die angewandte Kunsthilfe. Der Wahrheit am nächsten dürfte die Ansicht kommen, dass in diesen zweifelhaften Fällen wohl beide Momente auf das Entstehen der Fistel hingewirkt haben; denn es ist wohl als sicher anzunehmen, dass ein durch längere Geburtsdauer geschwächtes Gewebe nicht so widerstandsfähig sein kann, als normales. Das entscheidende Moment, ob der längeren Geburtsdauer ein Einfluss auf die Entstehung von Blasen- und Scheidenverletzungen beizumessen ist, liegt stets in Grösse und Art der Genitalverletzungen.

In unseren 5 zweifelhaften Fällen sind jedoch die

vorhandenen Verletzungen so gering, dass man nicht ohne weiteres den stattgehabten instrumentellen Eingriffen jede Schuld zumessen kann.

Demnach muss als feststehende Thatsache angenommen werden, dass der Druck des kindlichen Kopfes, besonders bei engem Becken und bei protrahierten, d. h. sich auf Tage hinziehende Geburten, wohl imstande ist, eine Druckgangrän zu schaffen und auf diese Weise die Ursache zur Fistelbildung werden kann. Immerhin dürfte es angezeigt sein mit der Annahme einer Druckfistel bezüglich ihrer Entstehungsweise sehr vorsichtig zu sein und nur diejenigen Fisteln als solche anzusehen, bei denen die Geburt wirklich mindestens über 24 Stunden gedauert hat und bei denen entweder keinerlei Eingriffe zur Beendigung der Geburt stattgefunden haben, oder die Spuren der stattgehabten Kunsthilfe so geringe sind, dass man jede gewaltsame Entstehung der Fistel mit Sicherheit ausschliessen kann.

Wenden wir uns jetzt zu der zweiten grossen Gruppe der Blasenscheidenfisteln, die als violente Geburtsfisteln aufzufassen sind.

In der Litteratur finden wir eine ganze Anzahl von Autoren, die nur Fälle schildern, in denen die Entstehung der Fisteln unzweifelhaft auf die bei der Geburt geleistete Kunsthilfe zurückzuführen ist. Vor allem ist es die Anlegung des Forceps, die in vielen Fällen nachweisbar als Ursache des Unglücks anzusehen ist.

So sagt Winterhalter in seiner 1890 erschienenen Arbeit „über die Entstehung von Scheidenharnfisteln mit besonderer Berücksichtigung der durch Geburtstrauma bedingten Fälle. Diss. Zürich. 1890.“

In ätiologischer Beziehung wird mit Recht die Zange und zwar ganz besonders die wiederholte, ver-

gebliche Anlegung des Instrumentes und die vergeblich ausgeführten Extraktionsversuche als verderblich wirkend angenommen. Von 226 puerperalen Harnfisteln dieser Arbeit waren 185 operativ beendigt, und zwar 102 von der Zange allein, 24 mal mit anderen Operationen zusammen angewandt worden. Diese Zahlen geben eine sehr beträchtliche Belastung der instrumentellen Entbindung, besonders der Zange, wobei natürlich auch das enge Becken von Wichtigkeit ist.

Weiterhin giebt uns Rehrer in seiner Arbeit „über Harngenitalfisteln, Beiträge zur kln. Geburtskunde und Gynäkologie Giessen 1890“ 3 Fälle von Blasenscheidenfisteln an, von denen 2 durch Anlegen des Forceps entstanden sind. Desgleichen erwähnt Zweifel in seiner Casuistik, 1892, dass von 28 bearbeiteten Fällen von Fisteln 11 derselben durch die Beendigung der Geburt mittelst der Zange entstanden seien.

In ähnlicher Weise spricht sich Pavist aus. Obwohl dieser Verfasser den Satz aufstellt, dass die Zahl der Harnfisteln geringer geworden ist, seitdem die prompte Applikation des Forceps allgemein in Gebrauch gekommen ist, muss er doch zugeben, dass die Anlegung der Zange an den über dem Beckeneingang stehenden Kopf, sowie besonders häufig die falsche Zurichtung gegen die vordere Beckenwand Druckgangrän und Fistelbildung zu bewirken imstande ist. Bei allgemeiner Verbreitung der Achsenzugzangen könnte nach seiner Ansicht öfters eine derartige Eventualität vermieden werden.

Ebenso giebt uns Boden in seiner schon erwähnten Schrift an, dass von 130 Geburtsfisteln 79 nach künstlich beendigten Geburten entstanden seien, darunter 42 nach Zangenanlegung auftraten. Im übrigen neigt Boden jedoch der Ansicht zu, dass zur Zeit der Anlegung der

Zange die Disposition zur Entstehung der Fistel durch den langdauernden Druck des Kopfes schon vorhanden gewesen sei. In der von Winternitz 1896 verfassten Arbeit über die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen schildert uns der Verfasser 231 Kranke, deren Leiden durch Zangengeburt veranlasst war. In 10 Fällen bestanden Harnfisteln und in diesen Fällen waren durchweg wiederholte Zangenversuche gemacht worden. Was die Entstehung der Fisteln betrifft, so beschuldigt Winternitz nicht so sehr das späte Operieren, als besonders den forcierten, mit grosser Kraft ausgeführten Zug bei hochstehendem Kopf und falscher Zugrichtung. Einen ähnlichen Fall veröffentlicht Péan 1897. Journal der Gynäkologie, in welchem eine enorme Zerstörung des Septum urethro-vesico-vaginale und der Sept. recto-vaginale, sowie des ganzen Dammes vorhanden war, infolge einer Entbindung, welche nach ¼ stündigem Stehenbleiben des Kopfes in der Vulva mittels gewaltsamer Zangenoperation beendigt war. Auch Ehrendorfer — Wiener Kl. Wochenschrift 1897 — erklärt bei der Erklärung von Druckbrandfisteln bei verengtem Becken nicht allein das verengende Moment, sondern auch die Zange, besonders wenn sie bei hochstehendem Kopf und nicht völliger Erweiterung des Muttermundes angelegt worden ist, für beteiligt.

Ferner berichtet Alberti 1898 in der Zeitschrift für Geb. und Gynäk. über eine Blasenscheidenfistel bei einem 22jährigen Mädchen nach 2½ tägiger Entbindung, die nach wiederholten Zangenversuchen durch Perforation beendigt war.

Plassmann giebt in seiner Zusammenstellung von 41 Fistelfällen 12 nach Zangenoperationen und 5 nach Zangenversuchen an, Resinelli berichtet über 13 Zangen-

geburten von 37 Fällen, die zur Fistelbildung geführt haben.

Unser Material verfügt im ganzen über 13 Fälle, in denen der Forceps angelegt ist. Es ist dies Fall 8, 9, 11, 16, 17, 19, 25, 28, 37, 39, 42, 46. In 4 von diesen (9, 25, 42, 46) kann nicht mit Bestimmtheit entschieden werden, dass gerade die Zange das ursächliche Moment für den Defect gewesen ist, weil zum Teil, wie z. B. in Fall 9 und 25 die Geburtsdauer eine sehr lange gewesen ist, und andererseits in Fall 42 und 46 die Zangenanlegung nicht allein zur Beendigung der Geburt angewandt ist, sondern in einem Falle noch die Perforation, in dem anderen eine manuelle Ausräumung stattgefunden hat. In allen anderen Fällen ist jedoch der Forceps sicher allein das ursächliche Moment gegewesen. In Uebereinstimmung mit den in der Litteratur erwähnten Fällen ist demnach gerade das wiederholte Anlegen dieses Instrumentes und die Zangenversuche von grosser Bedeutung für die Entstehung der Fistel. Dieselben Ursachen, als das Ausgleiten der Zangenlöffel, der Zug in falscher Richtung und mit allzugrosser Kraftanstrengung, die in der Litteratur von den einzelnen Autoren angegeben werden, können aus unserem Material bestätigt werden. Es wären auch anders die zum Teil bedeutenden Verletzungen der Genitalien nicht erklärlich. Grösstenteils sind es ausgedehnte Zerreissungen der Scheide und des Cercix; bisweilen fehlt der ganze Muttermund. Die Defecte in der Blasenwand sind meist von Markstückgrösse bis zu breiten Oeffnungen, durch die die Blasenschleimhaut in grosser Ausdehnung prolabiert ist. Es ist wohl klar, dass derartige Verletzungen nicht durch einfache Drucknekrose zu erklären sind, besonders wenn als weiterer Umstand hinzukommt, dass fast in allen Fällen angegeben ist, dass sich der Urin sofort nach der Geburt entleert habe, in

einigen, sehr grossen Fisteln, sogar direct „herausgeschwappt“ sei

Demnach müssen wir wohl zu dem Schlusse kommen, dass die Anlegung der Zange zur Beendigung von Geburten bei fehlerhaften Kopfeinstellungen und engem Becken vielfach als Grund für die Entstehueg von Blasenscheidenfisteln anzusehen ist. Es kann daher mit Recht angenommen werden, dass die Zange bei räumlichem Missverhältnis nicht das geeignete Instrument ist, und dass namentlich die Anlegung an den hochstehenden Kopf verderblich wirken kann.

Als nächst häufige Ursache für die Entstehung von Blasenscheidenfisteln haben wir die Perforation anzusehen. Die Fälle, die wir hinsichtlich dieser Aetiologie der Litteratur finden, sind folgende.

Winter. Blasenscheidencervixfistel. (Zeitschrift für Geburt und Gynäkologie. XV. 1888.) Verfasser beschreibt eine ganz frisch entstandene Blasenscheidenfistel, die infolge einer durch Perforation beendigten Geburt bei engem Becken entstanden war.

Winterhalter erwähnt in seiner Arbeit 24 Mal die Perforation und 2 Mal die Wendung und Perforation. Zweifel giebt 5 Mal diese Operation als Ursache an. Sonntag erwähnt in seiner Abhandlung „Ueber Cervikalblasenfisteln, Inaug.-Diss. 1892, Greifswald“, 3 Arten für die Entstehung solcher Fisteln:

1. Durch direkte, instrumentelle Verletzung (Zange Perforatorium, Haken).
2. Weiterreissen eines Cervixrisses oder Cervixincision.
3. Druckgangrän.

W. A. Freund berichtet ebenfalls einen Fall von Blasenscheidenfistel, die während einer Geburt entstanden war, welche durch Perforation nach Zangenversuch beendigt worden war.

Auch Resinelli beschreibt 1900 in seiner Arbeit „Cintributo ollo studio dale fistole urogenitali obstetriche. Atti dala Soc. ital. di ort. vol. IV". 36 Fistelfälle in einem Zeitraum von 15 Jahren aus der Klinik zu Pavia. Bezüglich ihrer Pathognese waren 3 gynäkolog und 34 obstetrisch bezw. puerperal. In 8 Fällen handelte es sich um spontane, in 13 Fällen um Zangengeburten. In 6 Fällen wird die Perforation als direkte Ursache angegeben.

Aus dieser Litteraturzusammenstellung geht schon hervor, dass die Perforation eine viel weniger zur Fistelbildung führende Operation ist als die Zange.

Nach unserem vorliegenden Material haben wir allerdings doch eine etwas höhere Belastung dieser Geburtsoperation zu verzeichnen, als es nach den in der Litteratur bereits veröffentlichten Fällen zu sein scheint. Die Perforation ist in Fall 10, 15, 26, 32, 35, 36, 43, 49 und 42 zur Beendigung der Geburt angewandt worden und muss in allen acht Fällen als sichere Ursache für die Blasenfistel angesehen werden. Allein bei Fall 42 kann es zweifelhaft erscheinen, ob die angewandten Zangenversuche oder die Perforation die Verletzung verursacht haben. Sonst geht aus der Vorgeschichte und dem Aufnahmebefund mit ziemlicher Sicherheit hervor, dass die angewandte Perforation die Schuld an der Verletzung getragen hat.

Es ist schwer zu sagen, in welcher Weise das Perforatorium die Verletzuugen hervorgebracht hat, doch lässt es sich wohl denken, dass dieses Instrument in weniger geübten Händen, besonders bei etwas hochstehendem Kopfe, geeignet ist, Unheil anzurichten. Sehr zu fürchten sind auch hier das Ausgleiten des Instrumentes am kindlichen Schädel und die wiederholten Versuche, wie sie in Fall 36 und 43 näher angegeben sind.

wo das Instrument wiederholt ausriss. und die Operation erst nach längerer Zeit und wiederholten Bemühungen gelang. Es dürfte also ebenso wie bei Anwendung der Zange auch bei Anwendung des Perforatoriums das Hauptgewicht auf die beim Zuge anzuwendende Kraftanstrengung zu legen sein, damit das schon an und für sich durch die Länge der Geburt und den dadurch bedingten anhaltenden Druck geschwächte Gewebe unverletzt bleibt. Endlich müssen hierher auch jene Fälle gerechnet werden, wo der Perforation eine Zerstückelung des Kindes angeschlossen ist und die Verletzungen durch scharfe Knochensplitter sehr erklärlich sind. Im Fall 43 wird z. B. ausdrücklich angegeben, dass die Hebeamme scharfe Knochenstücke entfernt hat, nachdem die Perforation nicht gelungen war.

Als nächste geburtshilfliche Operation, die nachweislich zu Scheidenverletzungen führen kann, wäre die Wendung und Extraktion anzuführen. Sicher ist, dass gerade diese Operation wohl am wenigsten zu schweren Zerreissungen führen kann, da die Hand des Geburtshelfers stets schonender als eingeführte Instrumente sein dürfte. Dementsprechend finden wir in der Litteratur auch nur einige wenige Fälle angeführt, in denen die Entstehung der Fistel auf diese Operation zurückgeführt werden muss.

So berichtet uns Nagel in seiner Arbeit „Wendung bei engem Becken, Archiv für Gynäkologie. Bd. 34, 1. 1889" über einen derartigen Fall. Er beobachtete die Entstehung einer Cervico-vaginal-Fistel bei Ausführung einer Wendung auf den Fuss aus Kopflage bei engem Becken. Nagel nimmt an, dass durch eine schon vorher entstandene Quetschung die Entstehung des Risses bei der Wendung erleichtert wurde.

Ebenso beobachtet auch Winterhalter (1890) bei seinen 185 operativ beendigten Geburten sechs Fälle.

wo die Fisteln im Anschluss an Wendung und Extraktion entstanden sind.

Auch Zweifel erwähnt 6 Fälle, in denen die Geburt durch Wendung beendigt war. Ferner giebt Bowen in seiner Arbeit „a case of large vesico-vaginale fistole. Amer. Journal of obst. vol. XXXVI" einen ähnlichen Fall an. Die sehr grosse Fistel war durch Wendung bei vernachlässigter Schieflage — die Hebeamme hatte an dem vorliegenden Arm gezogen — entstanden.

Endlich führt auch Resinelli von seinen 34 Geburtsfisteln 4 auf Wendung und Extraktion zurück.

Auch aus unserem Material können wir im ganzen 7 Fälle (13, 14, 24, 28, 40, 52, und 33) anführen, bei denen die Fisteln wohl mit Sicherheit als durch Wendung und Extraktion entstanden, anzusehen sind. Fall 33 ist insofern zweifelhaft, als über die angewendete Kunsthülfe nichts Bestimmtes gesagt worden ist; doch kann die durch einen Arzt bei bestandener Querlage ausgeführte Operation nur eine Wendung gewesen sein. In den übrigen Fällen, in denen die ausgeführte Wendung näher beschrieben ist, wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieselbe in Narkose ausgeführt, in einigen Fällen erst nach längerer Zeit und mehreren vergeblichen Versuchen dem Geburtshelfer gelungen ist.

Es lässt sich demnach wohl erklären, dass auch die Hand, wenngleich das schonendste Instrument, bei übermässiger Kraftentfaltung im Zuge oder zu brüskem Hinaufschieben in dem an und für sich aufgelockerten Gewebe leicht Verletzungen machen kann, besonders wenn die Urinblase nicht vorher entleert worden ist.

Wir kommen nun zu der letzten geburtshülflichen Operation, der Embryotomie, welche als die am wenigsten angewendete Kunsthülfe auch die geringste Zahl von Fistelfällen stellt.

In der Litteratur erwähnt Berczeller 1889 einen

Fall, in welchem eine Blasenscheidenfistel durch Ausgleiten des Decapitationshaken entstanden war. Ebenso erwähnt Winterhalter 3 Fälle von Embryotomie und einen von Decapitation, bei denen die Operation zur Fistelbildung geführt hat. Auch Zweifel erwähnt einen Fall dieser Art.

W. H. Parish (1891) beschuldigt die instrumentelle Hilfe bei Geburten und macht bei der Kraniotomie und Embryotomie besonders auf die Möglichkeit der Blasenverletzung durch Knochenkanten und Kephalotryptor hin, vornehmlich bei gefüllter Blase.

Neugebauer beschreibt in seiner Abhandlung „Zur Harnfistelcasuistik" in den Monatsschriften für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 4, 600, einen Fall von Längsriss der ganzen Harnröhre durch einen vorstehenden Foetalknochen nach Embryotomie. Endlich berichtet auch Resinelli über 3 Fälle von Embryotomie, die zur Fistelbildung führten.

Im vorliegenden Material haben wir nur 3 Fälle (18, 23, 30) anzuführen. In allen 3 Fällen ist der Urinabfluss sofort nach beendigter Geburt eingetreten. Wenn auch nähere Angaben über die Ausführung der Operation fehlen, so erklärt sich die Entstehungsweise der Defekte aus der Art und Weise der Operation von selbst. Auch hier können die angewendeten Instrumente, vor allen die Scheere, leicht umfangreiche Verletzungen anrichten. Es kommt noch hinzu die Entfernung der abgeschnittenen Teile, wobei, wie schon in der Litteratur bei einzelnen Fällen erwähnt, hervorstehende Knochensplitter u. s. w. Einrisse verursachen können. Wenn auch zugegeben werden kann, dass diese Verletzungen gerade bei der Embryotomie bei einigermassen sicherer Ausführung sehr selten sein werden, so kann andrerseits diese Operation nicht ohne weiteres

als für die Mutter am schonendsten und ungefährlichsten hingestellt werden.

Wir hätten sonst die Reihe derjenigen Fisteln, die wir als Geburtsfisteln bezeichnet haben, gleichviel ob nur durch die Länge der Geburt oder durch operativen Eingriff entstanden, beendigt. Es war bei allen Fällen jedoch die angewendete Hilfe von sachverständiger Hand ausgeführt.

Es erübrigt sich, noch der Fälle Erwähnung zu thun, bei denen die Geburten durch Eingriffe, zum Teil sehr gewaltsame Eingriffe, von durchaus unberufener, nicht sachverständiger Seite beendigt worden sind. Auch in der Litteratur finden wir nur einige vereinzelte Fälle, in denen uns derartige Situationen geschildert werden.

So berichtet Olshausen über einen Fall, bei dem die Hebeamme mittels einer hakenförmig gebogenen Haarnadel die Placenta herausbeförderte und dabei die ganze Urethra von hinten nach vorne aufschlitzte. Auch Ehrendörfer beschreibt eine ausgedehnte Blasenscheidenfistel mit totaler Abreissung der Blase von der Harnröhre, welche während der Geburt entstanden war und durch Manipulationen der Hebeamme mittels eines hakenförmigen Instrumentes des Arztes entstanden war.

Immerhin sind das nur 2 Fälle aus einer Litteratur von 15 Jahren. Es ist nicht ohne Grund, dass unser Material dem gegenüber während eines Zeitraums von 3 Jahren unter 52 Fisteln 8 Fälle anführen kann, die durch illegale Hilfe beendigt worden sind. Es sind dieses die Fälle 2, 3, 7, 12, 34, 37, 48, 50, welche sämtlich bis auf die beiden ersten mit völliger Klarheit die Entstehungsweise der Fisteln durch die angewandte, unberufene Hilfe erkennen lassen. Zum grösseren Teil sind die Fälle von so gravierender Beschaffenheit, dass sie ein überaus trauriges Licht auf den Bildungsgrad

der östlichen Landbevölkerung werfen. In den meisten unserer Krankengeschichten ist überhaupt keine Hebeamme bei der Geburt zugegen gewesen, sondern dieselbe ist von anwesenden Nachbarsfrauen in einer zum Teil unglaublich rücksichtslosen Weise beendigt worden.

Die Erklärung hierfür ist in den Verhältnissen, wie sie hier auf dem Lande, besonders an der Grenze und in den russischen Nachbarprovinzen herrschen, zu suchen. Einerseits macht sich in manchen Gegenden der Mangel an Aerzten recht fühlbar, andrerseits ist auch die Bevölkerung vielfach so arm, dass sie nicht einmal zu einer geschulten Hebeamme, geschweige denn zu einem Arzte schicken kann. So werden denn, wie aus unseren Fällen ersichtlich, oft die schwersten Geburten von irgend welchen Nachbarfrauen zu Ende gebracht, und auf diese Weise entstehen dann die furchtbaren Zerreissungen und Verletzungen des ganzen Genitalapparates, wie sie oben beschrieben sind. Ganz besonders scheint das in unseren russischen Nachbarprovinzen der Fall zu sein, da von den 8 durch illegale Hilfe 5 aus Russland stammen. Ja, es geht sogar so weit, dass auch gerade die in Russland geleistete ärztliche Hilfe, wie aus vorstehender Zusammenstellung ersichtlich, in 10 Fällen jene erwähnten Misserfolge zu verzeichnen hat. Es ist sicher nicht als Zufall anzusehen, dass fast die Hälfte aller Frauen, die mit einer Fistel behaftet, die Hilfe der hiesigen Klinik aufsuchen, aus Russland stammen und sich auch dort ihre Verletzungen geholt haben. Aus diesem Grunde erklärt sich auch die übergrosse Zahl, welche gerade dieses Leiden in unserer Gegend stellt und sogar das Material der Berliner Universitäts-Frauenklinik, wie aus der Plassmann'schen Zusammenstellung ersichtlich ist, gerade um die Hälfte übertrifft. Es liegt sicher nicht daran, dass wir hier im Osten schwerere

Geburten haben, sondern dass bei uns und auch in Russland auf dem platten Lande mehr geburtshilflich operiert wird, als vielleicht umumgänglich notwendig ist. Auch hierfür ist eine Erklärung in den Verhältnissen gegeben.

Der Arzt, der vielleicht stundenlang zu einem Geburtsfall gefahren ist, wird denselben auch um jeden Preis zu beendigen suchen, da eben seine Hilfe nicht so leicht wie in Städten und dichter bewohnten Landstrichen des Westens zu erreichen ist. Daher die grosse Anzahl von Zangen und Perforationen.

Ehe wir jedoch die Reihe der Geburtsfisteln schliessen, sei noch ein letztes und zum Glück sehr seltenes Moment erwähnt: Der unzeitige Gebrauch von Secale cornut. Noch immer kommt es vor, dass dieses Mittel als ein Wehen erregendes angesehen wird, woraus die unheilvollsten Folgen entstehen. In der Litteratur finden wir 2 Fälle erwähnt.

So verurteilt Zweifel (1892) mit Recht die sinnlose Sekaledarreichung seitens vieler Hebeammen, manchmal auch seitens der Aerzte, die leider keineswegs immer der älteren Schule angehören. Auch Emmet (Incurable vesico-vaginale fistule. Am. Journal of Ort. Bd. 31) macht bezüglich der Entstehung grosser Fisteln auf die Gefährlichkeit des Ergotingebrauchs während der Geburt aufmerksam.

Auch wir verfügen über einen Fall, indem es sich wahrscheinlich um diese falsche Medikation gehandelt haben dürfte. In Fall 29 soll ein Arzt ein braunes Pulver bei langdauernder Geburt gegeben haben. Wahrscheinlich handelt es sich um Sekale, wodurch die Folgen erklärt würden.

Immerhin sind diese Fälle als Ausnahme zu betrachten, da unsrerseits dieses Arzneimittel (Sekale) den Hebeammen nicht ohne Weiteres zugänglich ge-

macht ist, und andrerseits die Darreichung durch einen Arzt wohl zu den grössten Seltenheiten gehören dürfte.

Wir hätten damit wohl alle ätiologischen Momente für die Entstehung der Blasenscheidenfisteln erwähnt, soweit sie mit dem Geburtsakt im engen Zusammenhang stehen. Jedoch zeigt sich, wie aus der Litteratur und unserem Material ersichtlich, dass die Blasenscheidenfistel auch aus anderen Ursachen entstehen kann. Gleichviel sind diese Fälle in verschwindend geringer Zahl den bereits besprochenen gegenüber. Es handelt sich bei ihnen um Verletzungen, die gelegentlich bei gynäkologischen Operationen entstehen oder endlich um solche, die rein zufällig traumatischer Natur sind. In der Litterutur finden wir einige derselben erwähnt.

So beschreibt Boldt einen Fall von Vesicovaginalfistel, die dadurch entstanden war, dass nach Uterusexstirpation per vaginam wegen Carcinoms und wegen darauf folgender Cystitis die Blase mittels männlichen Katheters ausgespült wurde. B. glaubt, dass hier der Schnabel des Katheters allmählich eine Durchbohrung der hinteren Wand der entzündeten Blase bewirkt habe.

Neugebauer (1893) stellt in seiner eingehenden Arbeit 247 Fälle von schädlicher Wirkung der Scheidenpessarien zusammen. Unter diesen finden sich 33 Fälle von Harnfisteln, darunter wieder 20 von Blasenscheidenfisteln, 10 Blasenscheiden- und Mastdarmscheidenfisteln und je einen Fall von Harnleiterblasenscheidenfistel. Das Zwaak'sche Flügelpessar ist unter diesen 33 Fällen 11 mal beteiligt; ihm zunächst steht das Bilboquet-Pessar in 4 Fällen. In 9 Fällen ist die Art des Pessars nicht zu ermitteln.

Rouffart (Fistule vésico-intestinale consécutive à une hystérectomie vaginale. Journal med. de Bruxelles 1896)

berichtet über eine nach Totalexstirpation des Uterus und Blasenverletzung aufgetretene Blasenscheidenfistel.

van Imchoot beschreibt einen Fall von grosser Blasenscheidenfistel und Mastdarmscheidenfistel, welche durch ein 24 Jahre gelegenes Scheidenpessar entstanden war. An demselben hatte sich ein hühnereigrosser Phosphatstein gebildet.

Auch Plassmann erwähnt einige Operationsfisteln und zwar berichtet er von fünf Fällen, wo nach Totalexstirpation je einen, wo nach künstlicher Scheidenbildung und vorderer Kolporrhaphie die Fistel entstanden war.

Morestin berichtet endlich einen Fall von Blasenscheidenfistel mit starker narbiger Verengerung, der eine eigenartige Aetiologie zeigt. Zur Erweiterung der Scheide sollte ein Laminariastift eingeführt werden, welche Vornahme einem Studenten überlassen wurde, der den Stift in die Urethra einführte. Bei dem Versuche, denselben zu entfernen, brach er ab und schlüpfte in den oberen Teil der Harnröhre, wo er fixiert blieb, so dass er nur durch Incision der Urethra entfernt werden konnte.

Schliesslich nennt uns auch Resinelli 3 Fälle, deren Entstehung gynäkologischen Operationen zuzuschreiben ist.

Unser Material verfügt gleichfalls über 3 Fälle (21, 41, 45), welche eine diesbezügliche Aetiologie aufzuweisen haben. In einem Falle handelt es sich um eine Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoms, dann um eine nicht näher zu bestimmende Prolapsoperation, drittens ist die Behandlung eines Blasenleidens die Ursache zur Fistelbildung, wahrscheinlich durch Ausspritzungen mit ungeeigneten Spritzen gewesen.

Zum Schlusse müssen wir noch eines ätiologischen Momentes Erwähnung thun, das zwar äusserst selten, doch aber wegen der Eigenart in jedem einzelnen Falle von grossem Interesse ist. Es gehören hierher die Fälle, welche durch ein zufälliges Trauma entstehen und, wie leicht erklärlich, sehr selten vorkommen können. In der Litteratur finden sich einige derselben wiedergegeben.

So schreibt Bandt (1889) in „Ueber eine rätselhafte Zerreissung der weiblichen Harnröhre (Wiener med. Blätter 1888, p. 1485)" über einen merkwürdigen Fall von Verletzung der Harnröhre durch einen rohen, stürmischen Koitus. Die Harnröhre fand sich nach beiden Seiten bis in den Blasenhals hinein gespalten und die obere Wand hatte sich wulstförmig retrahiert. Die Kranke war vollständig inkontinent. Trotz zweimaliger Operation war keine Heilung zu erzielen.

Claessen (1890) erwähnt ähnliches. (Ueber die nicht puerperalen Urinfisteln des Weibes. Inaug. Diss. Bonn 1890.). Er veröffentlicht einen Fall von nicht puerperaler Harnfistel aus der Klinik von Treudelenburg. Das $3^1/_2$ Jahre alte Mädchen hatte sich auf einen spitzen Stock gesetzt und sich dabei an den Genitalien verletzt. Bei der Untersuchung fand sich das normale Orific-urethrae fehlend und durch das ganze Septum reichend ein Spalt, der bis an den Blasenhals ging und einen Teil des Sphincter mit zu durchbohren schien.

Wertheim berichtet (1896) in seiner Arbeit über Blasenscheidenfisteln (Centralblatt für Gynäkologie, Bd. 20, 1250, 1274) über eine vollständige Harnröhrenscheidenfistel bis in den Blasenhals mit Zerstörung des Sphincters. Dieselbe war bei einem 12jährigen Mädchen durch Trauma entstanden, indem bei einem Sprung eine Grete in die Urethra eindrang und diese vollständig schlitzte.

Einen ähnlichen Fall von traumatischer Fistel, die nicht im Puerperium entstanden war, beschreibt W. A. Freund (Vesico-vaginal recto-vaginal Fisteln. Deutsche med. Wochenschrift, Bd. 23). Er berichtet über einen Fall von Harnfistel bei einem 23jährigen Mädchen, dass sich mit 9 Jahren bei einem Sturz vom Baum auf einen Zaunpfahl gespiesst hatte und an Incontinenz, Dermatitis an den äusseren Genitalien und Melancholie litt. Es befand sich ein 4 cm langer Fistelgang am linken Umfange der vorderen Scheidewand und links hinten eine zweite Fistel, die bogenförmig nach vorn und etwas abwärts verlaufend linkerseits in die Blase führt.

Desgleichen finden wir im „Zentralblatt für Gynäkologie", Bd. 21 p. 1436 von Savór einen Fall von Uteruskörper Blasenscheidenfistel mit sehr seltener Aetiologie angegeben. Die Fistel war durch Adhärenz der bis auf eine Entfernung von 6 cm vom Fundus uteri hinaufreichende Blase an das untere Ende einer Kaiserschnittnarbe entstanden.

Endlich beobachtete Korda (1900) eine Blasenscheidenfistel bei einem 16jährigen Mädchen durch Druck seitens einer zur Befriedigung des Geschlechtstriebes eingeführte Zwirnspule.

Auch wir sind in der Lage, über einen hierher gehörigen Fall berichten zu können. (Fall 31). Das Mädchen fiel im 12. Jahre auf der Strasse auf einen spitzen Stein. Es trat sofort dauernder Urindrang ein. Patientin wird mehrere Male ohne Erfolg operiert.

Im Allgemeinen kann man wohl mit Recht sagen, dass diese zuletzt erwähnten Fälle wegen ihres so ungemein seltenen Vorkommens uns mehr durch ihre Merkwürdigkeit Interesse einflössen, als dass sie von wissenschaftlicher Bedeutung sind.

Wenn wir nun den Schluss aus vorliegender Arbeit

ziehen, so müssen wir feststellen, dass die ätiologischen Momente für die Entstehung der Blasenscheidenfisteln beim Weibe zum allergrössten Teil auf die Geburtsvorgänge verlegt werden müssen. Soweit stimmen unsere Beobachtungen, wie schon oben erwähnt, aus dem vorliegenden Material der Königsberger Universitäts-Klinik mit dem aus der Litteratur und entsprechend der gegenwärtigen Anschauung überein.

Hinsichtlich des eigentlich veranlassenden Momentes für die Entstehung der Blasenscheidenfistel bei der Geburt müssen wir jedoch eine andere Ansicht aussprechen, als bisher angenommen wurde. Nach unserem Material ist die Operationsfistel, d. h. die durch geburtshilfliche Operationen geschaffene Fistel in weit grösserer Zahl vorhanden, als geglaubt wird. Aus den näheren Umständen, die bei den einzelnen Fällen mitgewirkt haben und beschrieben sind, aus der Dauer der Geburt, aus der Grösse der Verletzungen und dem sofortigen Eintreten der Incontinenz, kann man eine Druckfistel von einer Operationsfistel ziemlich sicher unterscheiden. Die vorliegenden Fälle, die nach diesen Grundsätzen beurteilt sind, haben, wie ersichtlich, eine erhebliche Belastung der geburtshilflichen Operationen, besonders der Zange, jedoch auch der übrigen (Perforation, Wendung, Embryotomie, Placentarlösung) ergeben. Wie aus der angeführten Litteratur ersichtlich, wird diese Ansicht von vielen Autoren durch zum Teil sehr klar angegebene Krankheitsfälle unterstützt. Die übrigen ätiologischen Momente, welche in vorliegender Arbeit besprochen sind, als gynäkologische Operationen, illegale Hilfe und Trauma, werden kaum zu vermeiden sein und fallen wegen ihrer relativen Seltenheit nicht so ins Gewicht. Hinsichtlich der Operationsfisteln als Ursache

von Fisteln dürfte jedoch eine gewisse Beschränkung der instrumentellen Hilfe zur Beendigung von Geburten sehr zu empfehlen sein, wenn eine Verminderung der Fälle von Blasenscheidenfisteln erreicht werden soll.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Winter, für die Anregung zu dieser Arbeit, die gütige Ueberlassung des Materials und den mir zu Teil gewordenen bewährten wissenschaftlichen Rat meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Vita.

Ich, Leo Arthur Felix Mohr, Sohn des Kaiserlichen Marine-Werft-Sekretairs Carl Mohr und seiner Ehegattin Wilhelmine, geb. Wagner, katholischer Konfession, wurde am 25. Juni 1874 zu Danzig geboren. Ich besuchte die Gymnasien zu Danzig (städtisches G.) und Neustadt Westpr. und wurde von letzterem Michaelis 1896 mit dem Zeugnis der Reife entlassen. Ich studierte im Wintersemester 1896/7 an der Universität in Greifswald und darauf an der Albertusuniversität in Königsberg Medizin. Am 21. Juni 1898 bestand ich die ärztliche Vorprüfung an der letztgenannten Universität. Meiner Militärpflicht mit der Waffe genügte ich im Wintersemester 1898/99 beim Grenadier-Regiment König Friedrich III (I. Ostpr. Nr. 1). Die ärztliche Prüfung beendigte ich am 4. April 1902 in Königsberg.

Gleich darauf trat ich zur Ableistung der zweiten Hälfte meiner Militärpflicht als einjährig-freiwilliger Arzt beim Grenadier-Regiment König Friedrich I (4. Ostpr.) No. 5 ein mit der Absicht, mich der Militärcarrière zu widmen. Ich wurde am 28. Mai 1902 zum Unterarzt und am 22. November desselben Jahres zum Assistenzarzt im Feld-Artillerie-Regiment Nr. 72 Hochmeister befördert.

Während meiner Studienzeit habe ich die Vorlesungen folgender Herren gehört:

Ballowitz und **Bonnet** in Greifswald, **M. Askanazy, Berthold, Braatz, Braun, Caspary, v. Eiselsberg, v. Esmarch, Falkenheim, Gerber, Hermann, Hilbert, Jaffe, Heisrath, Kuhnt, Lange, Lichtheim, Lossen, Lühe, Lürssen, Meschede, Münster, Neumann, Pape, Pfeiffer, Rosinski, Samter, Schreiber, Seidel, Stieda, Winter, Zander** in Königsberg.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich hiermit meinen ergebensten Dank aus.